

Министерство Здравоохранения РСФСР
Московский ордена Трудового Красного Знамени
медицинский стоматологический институт
Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета

В. П. ПОМЕРАНЦЕВ

**МЕТОДИКА
ОБОСНОВАНИЯ
ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ
ВНУТРЕННИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Методическое пособие для студентов

Москва — 1973

205591

1912 11025

M

Kad

BH

Министерство Здравоохранения РСФСР
Московский ордена Трудового Красного Знамени
медицинский стоматологический институт
Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета

В. П. ПОМЕРАНЦЕВ

МЕТОДИКА
ОБОСНОВАНИЯ
ДИАГНОЗА И ЛЕЧЕНИЯ
ВНУТРЕННИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Методическое пособие для студентов

Москва — 1973

205591

БИБЛИОТЕКА
Федерального Медицинского
Центра
УЧЕБНЫЙ ФОНД

Основн
бора больш
обосновани
разделы д
тельным р
лируется д
основании
высказывае
торое подт
При этом
знаки, хар
са, сумма
нозе забол
росы об эт
осложнени
альный диа
лечения, пр
ноза долже
димо испол

Решение
осуществля
правлений
ний и проти
ям. На этой
лечения при
ного.

Целью д
решении во
болеваний
конечно, об
ми. Это тол
ного разбор
торых може
ко во всех
последовате

СОДЕРЖАНИЕ

Болезни органов дыхания

Бронхиальная астма	5
Легочно-сердечная недостаточность	9
Абсцесс легких	13
Рак легкого	16

Болезни органов кровообращения

Митральный порок сердца. Ревматизм	19
Аортальные пороки сердца. Подострый септический эндокардит	23
Гипертоническая болезнь	28
Грудная жаба	32
Инфаркт миокарда	40
Атеросклеротический кардиосклероз	37
Миокардиты	43
Перикардиты	47
Врожденные пороки сердца	51
Хроническая сердечная недостаточность	55
Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы	60

Болезни органов пищеварения

Хронические гастриты	65
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	68
Рак желудка	71
Хронические заболевания кишечника	74
Неспецифический язвенный колит	78
Панкреатит	84
Хронический холецистит	88

Болезни почек

Хронический нефрит	91
Амилоидоз почек	95
Хронический пиелонефрит	96

Болезни крови

Постгеморрагические анемии	99
Анемия Аддисон-Бирмера	101
Гемолитические анемии	103
Агранулоцитоз	106
Гипо-апластические анемии	109
Острый лейкоз	111
Хронические лейкозы	113
Болезнь Верльгофа	117
Эритремия (болезнь Вакеза)	119
Миеломная болезнь	121

Болезни эндокринной системы

Феохромоцитома	125
Синдром Иценко-Кушинга	127
Первичный гиперальдостеронизм	129
Ожирение	132
Хроническая недостаточность надпочечников (Аддисонова болезнь)	135

Коллагенозы. Аллергия.

Инфекционный неспецифический полиартрит	139
Диссеминированная красная волчанка	143
Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха)	145
Лекарственная аллергия	146
Рекомендуемая литература	151

ВВЕДЕНИЕ

Основной и наиболее ответственной частью клинического разбора больного и студенческой истории болезни являются разделы обоснования диагноза, дифференциального диагноза и лечения. Эти разделы должны строиться по определенному плану с последовательным решением конкретных вопросов. Обычно вначале формулируется диагностическая гипотеза общего характера, затем на основании знания главных симптомов или симптомокомплексов высказывается более определенное диагностическое суждение, которое подтверждается дополнительными методами исследования. При этом всегда желательно выявить прямые и достоверные признаки, характеризующие разные стороны патологического процесса, сумма которых позволяет высказаться о нозологическом диагнозе заболевания. Затем необходимо последовательно решить вопросы об этиологии, форме, стадии, клиническом варианте, фазе, осложнениях этого заболевания, т. е. обосновать полный индивидуальный диагноз, необходимый для правильного решения вопросов лечения, прогноза, трудоспособности. Каждый раздел этого диагноза должен иметь свое отдельное обоснование. При этом необходимо использовать современные классификации заболеваний.

Решение вопросов индивидуализированного лечения должно осуществляться прежде всего путем формулирования основных направлений и задач терапии, знания механизма действия, показаний и противопоказаний к соответствующим лечебным мероприятиям. На этой основе производится выбор оптимального комплекса лечения применительно к особенностям патологии у данного больного.

Целью данного руководства является помощь в обоснованном решении вопросов диагностической тактики и лечения основных заболеваний внутренних органов. Приводимые схемы, не являются, конечно, обязательными, а только примерными, ориентировочными. Это только методическая основа для углубленного и предметного разбора конкретных больных, разнообразие патологии у которых может потребовать особых диагностических приемов. Однако во всех случаях диагностический процесс должен состоять из последовательных, логически обоснованных этапов.

1. Главн
ортопноэ и уч
Особеннос
а) бради
б) призна
(экспираторн
сухие дискант
экспираторна
в) призна
чале сухой, за

Анамнез: з
ными приступ
ный эффект бр

2. Исклю

а) Сердечн
атеросклероза
ности (боли, л
дипноэ, влажн

б) Психоген
ков сердечной
хо-эмоциональ

в) Одышка
ния, плеврит,
(острый харак
тура, коллапс,

г) Удушье
ных путях (от
дыхание, приз
ласти трахеи и

3. Оц

Стадия, степень т

Астмоидный синд
астматический бр

Приступы бронхи
астмы

Астматическое со

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Схема обоснования диагноза

1. Главный признак: приступы удушья, чаще ночью, с ортопноэ и участием вспомогательной мускулатуры.

Особенности:

а) брадипноэ, хрипы и свисты в груди;

б) признаки нарушения внутрибронхиальной проходимости (экспираторный характер удушья, затрудненный выдох; протяжные сухие дискантовые и басовые хрипы, преимущественно на выдохе; экспираторная эмфизема легких);

в) признаки раздражения бронхов (удушливый кашель, вначале сухой, затем с небольшим количеством прозрачной мокроты).

Анамнез: хроническое рецидивирующее заболевание с повторными приступами и обычно сезонными обострениями, положительный эффект бронхолитических средств.

2. Исключить другие виды удушья:

а) Сердечная астма: пожилой и старческий возраст; признаки атеросклероза, гипертонической болезни, коронарной недостаточности (боли, ЭКГ), пороков сердца; инспираторная одышка, полипноэ, влажные хрипы в легких; роль физической нагрузки.

б) Психогенная астма: полипноэ, отсутствие хрипов и признаков сердечной патологии, проявления общего невроза, роль психо-эмоциональных факторов.

в) Одышка при других заболеваниях легких: обширная пневмония, плеврит, пневмоторакс, тромбоэмболия легочной артерии (острый характер заболевания, болевой синдром, высокая температура, коллапс, физикальные данные).

г) Удушье при стенозирующих процессах в верхних дыхательных путях (отек гортани, опухоль, инородное тело): стридорозное дыхание, признаки асфиксии, грубые хрипы преимущественно в области трахеи и гортани. Ларинго- и трахеоскопия.

3. Оценка стадии или степени тяжести заболевания:

Стадия, степень тяжести	Проявления
Астмоидный синдром, астматический бронхит	Затрудненное дыхание без выраженных приступов удушья, рассеянные сухие дискантовые хрипы на выдохе
Приступы бронхиальной астмы	См. выше
Астматическое состояние	Большая продолжительность и тяжесть удушья. Полипноэ, острая эмфизема, неподвижность грудной клетки. Признаки гипоксемии и гиперкапнии: цианоз, обильный пот, слюнотечение, ацидоз. Сердечно-сосудистые нарушения: тахикардия, снижение АД, перегрузка правого сердца (ЭКГ), увеличение печени

4. Определение патогенетической формы бронхиальной астмы:

Показатель	Бронхиальная астма	
	Аллергическая (атопическая)	Инфекционно-аллергическая
Особенности приступа	Типичные с отсутствием патологии в межприступный период	Почти постоянная экспираторная одышка и хрипы с периодическими приступами
Течение заболевания	Ремиссии после прекращения контакта с аллергеном	Ремиссии неполные, чаще летом, прогрессирующее течение
Кашель	В начале и в конце приступа	Хронический бронхит
Сочетание с другими проявлениями аллергии	Часто (дерматит, крапивница, ринит, нейродермит и др.)	Редко
Тяжесть течения	Осложнения (эмфизема, пневмосклероз и др.) реже и медленнее	Осложнения чаще и быстрее
Эозинофилия крови и мокроты	Постоянно	Менее выражены
Наследственность	Отягощена	Отсутствует
Инфекционные очаги	Не обязательно	Хронический бронхит, синуситы, тонзиллит и пр.

5. Выявление аллергенов (специфическая диагностика бронхиальной астмы).

Виды аллергенов:

- а) неинфекционные: бытовые (пыль, запахи), пыльца растений, пищевые, эпидермальные, лекарственные, насекомые (дафнии), патогенные грибки, продукты химического производства (соединения хрома, лекарства, нитрокраски, урсол), пыль мучная, шерстяная, хлопковая, волосяная, битум, табак и др;
- б) инфекционные (бактерии, патогенные грибки, вирусы).

Методы выявления аллергенов:

- а) анамнез: контакты с веществами антигенной природы бытового или промышленного происхождения и связь с ними приступов; эффект изменения обстановки или перемены профессии;
- б) кожные аллергические тесты (в период ремиссии) — появление отека и гиперемии после накожного или внутрикожного введения раствора антигена;

в) провокационные тесты путем ингаляции малых доз вещества (спирография, пневмотахометрия);

г) лейко- и тромбоцитопенические тесты;

д) иммунологические тесты: тест Шелли-дегрануляция базофилов кролика в присутствии аллергена и сыворотки больного; лимфо-бластическая трансформация лейкоцитов больного в присутствии подозреваемого аллергена.

Методы диагностики профессиональной бронхиальной астмы:

а) профессиональный маршрут;

б) возраст старше 30 лет;

в) коллективность заболевания;

г) состояние здоровья до поступления на работу, время появления приступов (на работе, дома);

д) специфические аллергические пробы (см. выше).

Виды профессиональной астмы:

а) первичная — по типу аллергической неинфекционной астмы;

б) вторичная, развивающаяся на фоне хронического бронхита, пневмокониоза или заболеваний носоглотки; сезонность и отсутствие ясной связи приступов с профессиональными условиями; менее выраженный аллергический фон.

Особые виды бронхиальной астмы:

а) при лекарственной аллергии (болезни);

б) при коллагенозах (узелковый периартериит);

в) при паразитозах (глистные инвазии);

г) вторичная бронхиальная астма, развивающаяся на фоне уже существовавшего хронического бронхита, хронической пневмонии, пневмокониоза.

6. Осложнения бронхиальной астмы:

а) присоединение хронической легочной патологии: хронический бронхит, повторные пневмонии, пневмосклероз, эмфизема легких, хроническая пневмония;

б) легочная и легочно-сердечная недостаточность разной степени;

в) эозинофильные инфильтраты легких и эозинофильные пневмонии;

г) пневмоторакс при разрыве субплевральных пузырей, обычно на верхушке.

7. Оформление диагноза:

а) при вторичной бронхиальной астме — диагноз основного заболевания (узелковый периартериит, хроническая пневмония, пневмокониоз и пр.);

- б) при первичной — указать патогенетическую форму (аллергическая, инфекционно-аллергическая);
- в) сопутствующие аллергические проявления;
- г) аллерген;
- д) осложнения и сопутствующие заболевания (синуситы, полипы и пр.).

Схема лечения бронхиальной астмы

1. Лечение приступа

1. Симпатомиметики: адреналин; бета-стимуляторы (новодрин, эуспирин, изадрин, изупрел, алюпент — ингаляции, сублингвально).
2. Холинолитики: атропин, астматол, арпенал, фубромеган.
3. Бронхолитики (эуфиллин, теофиллин в/в, теофедрин, антастман); новокаин.
4. Отхаркивающие (йодистый калий, ингаляции протеолитических ферментов: химопсин, химотрипсин, рибонуклеаза и др.).

2. Частые тяжелые приступы

Дополнительно:

1. Преднизон (преднизолон и др.) по 5—6 таблеток в день в сочетании с хлористым калием и ограничением соли, в течение 2—3 недель с постепенным снижением дозы.
2. При отсутствии эффекта — иммунодепрессанты (6-меркаптопурин, циклофосфан, лейкеран).
3. При наличии обострения бронхита или других инфекционных очагов — антибиотики (тетрациклин, стрептомицин и др.), сульфаниламиды.

3. Астматическое состояние

1. В/в капельно: эуфиллин 0,24, новокаин 1% — 10 мл, 5% глюкоза 250 мл, преднизон (гидрокортизон) 25—50 мг через каждые 6 часов.
2. Строфантин в/в при признаках правожелудочковой недостаточности, а также кровопускание 300—400 мл.
3. Оксигенотерапия через носовой катетер или маску.
4. Ингаляция протеолитических ферментов и бронхолитиков.
5. Борьба с ацидозом (щелочное питье, 3—5% бикарбонат натрия в/в).

✓ В тяжелых случаях:

6. Бронхоаспирация через катетер или путем ларинго- или бронхоскопии под местной анестезией или наркозом: промывание с отсасыванием мокроты, удаление слизистых пробок.

7. Интубация трахеи и вспомогательное дыхание (при тяжелом состоянии с ацидозом, асфиксией).

8. Коррекция электролитного состава (особенно калия).

✓ Противопоказаны: морфий, транквилизаторы и нейроплегтики, симпатомиметики (вторичный спазмогенный эффект).

4. В межприступный период

1. Специфическая десенсибилизация малыми дозами аллергена, полимикробной вакциной (у молодых, без осложнений, особенно при поллинозах). Прекращение контакта.

2. Неспецифическая десенсибилизация (гистамин, гистоглобин в повышающихся дозах; пчелиный и змеиный яд, вакцинотерапия, препараты кальция, гипосульфит натрия, антигистаминные препараты).

3. Противоинфекционная терапия: санация очагов, антибиотики, сульфамиды.

4. Седативные средства: малые дозы снотворных, транквилизаторы.

5. Физиотерапия: эритемные дозы УФ лучей, диатермия, ЛФК (дыхательная гимнастика).

6. Курортное лечение: высокогорные курорты — Теберда, Нальчик, Кисловодск или Черноморское побережье.

ЛЕГОЧНО-СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Проявления легочно-сердечной недостаточности складываются из признаков:

а) легочной (дыхательной) недостаточности; б) легочного сердца с симптомами легочной гипертензии; в) правожелудочковой сердечной недостаточности; г) основного заболевания.

Выявление наличия и степени указанных нарушений проводится с использованием данных клиники, гемодинамики, спирографии, ЭКГ, рентгенологических и лабораторных исследований.

✓ 1. Легочная недостаточность

Клинические данные	Спирография	Лабораторные данные
Одышка разной степени. Участие вспомогательной мускулатуры. Цианоз (теплый). Тахикардия. Потливость	Увеличение МОД, снижение: ЖЕЛ, КИО ₂ , МВЛ, положительная проба с кислородом	Эритроцитоз, снижение РО ₂ крови < 95 мм, повышение рСО ₂ крови > 40 мм, снижение рН < 7,35. Компенсированный дыхательный ацидоз

V 2. Легочное сердце (признаки легочной гипертензии и гипертрофии правых отделов сердца).

Метод исследования	Симптомы
Клинические данные	Признаки легочной недостаточности I—II—III степени. Пульсация в эпигастральной области от правого желудочка. Акцент и расщепление II тона на легочной артерии
Рентгенологические	Расширение легочной артерии, размеры сердца не увеличены
ЭКГ	Вертикальная позиция, правограмма, признаки перегрузки правого предсердия ($P_2 > P_3 > P_1$) и гипертрофии правого желудочка (отрицательные T_{2-3} , V_{1-2} ; высокий R в V_{1-2}), неполная блокада правой ножки
Фонокардиография	Высокая амплитуда легочного компонента II тона, расщепление II тона, диастолический шум Грехем-Стилла
Гемодинамические показатели	Чаще увеличение минутного объема, нормальное венозное давление и скорость кровотока, увеличение давления в легочной артерии выше 25—30 мм рт. ст.

V 3. Стадия правожелудочковой недостаточности.

Метод исследования	Симптомы
Клинические данные	Легочная недостаточность III степени. Набухание шейных вен. Выраженная эпигастральная пульсация, систолический шум у мечевидного отростка. Тахикардия, ритм галопа. Увеличение печени, положительная проба Плеша, отеки, олигурия, асцит
Рентгенологические	Расширение и усиленная пульсация легочной артерии, увеличение правых отделов сердца
ЭКГ	Углубление признаков гипертрофии и «перенапряжения» правого желудочка, могут быть нарушения ритма, полная блокада правой ножки
Гемодинамические	Легочное артериальное давление выше 45 мм рт. ст., замедление скорости кровотока, увеличение венозного давления. Сердечный выброс без особенностей



4. Признаки основного заболевания.

Основное заболевание	Клинические особенности	Патогенез легочной гипертензии
Хронические заболевания легких (хроническая пневмония, хронический бронхит, эмфизема легких, пневмосклероз, бронхиальная астма, туберкулез легких, пневмокониоз)	Хроническое, обычно многолетнее, течение, развитие легочно-сердечной недостаточности на фоне легочной недостаточности, связь сердечной недостаточности с обострением воспалительного процесса в легких	Альвеолярная гиповентиляция и спазм артериол, менее — облитерация артериол
Синдром Пиквика, кифосколиоз	Ожирение или деформация грудной клетки с нарушением функции легких	Первичная альвеолярная гиповентиляция, умеренная обратимая легочная гипертензия
Диффузный интерстициальный фиброз легких (синдромы Хамман-Рич, Бенъе-Бек-Шаумана)	Стабильная прогрессирующая легочная гипертензия, резистентная к лечению	Утолщение мембран (альвеоло-капиллярный блок), облитерация артериол
Первичное системное поражение сосудов легких (тромбозы и эмболии, васкулиты, первичная легочная гипертензия)	Возможно острое и подострое развитие легочного сердца, выраженный цианоз, малая эффективность терапии	Анатомическая обструкция легочных артериол

Дифференциальный диагноз

Различие между легочной и легочно-сердечной недостаточностью.

Признак	Легочная недостаточность	Легочно-сердечная недостаточность
Одышка	Имеется	Имеется
Цианоз	Мало зависит от физической активности, уменьшается при ингаляции кислорода	Зависит от физической активности
Набухание шейных вен	При кашле	Постоянно
Отеки	Нет	Имеются
Увеличение сердца	Нет	Имеется
Увеличение печени	Нет	Имеется
Венозное давление	Норма	Повышено
Скорость кровотока	Норма	Замедлена
ЭКГ	Норма, вертикальная позиция	Правый тип, признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия

Различия между легочным сердцем и атеросклеротическим кардиосклерозом (у пожилых больных со старческой эмфиземой легких).

Признак	Легочное сердце	Атеросклеротический кардиосклероз
Боли в грудной клетке	Связаны с зыханием	Характерные для стенокардии напряжения или покоя Часто
Артериальная гиперто- ния	Нет	
Признаки атеросклероза	Нет	Имеются (уплотнение ар- терий, расширение аор- ты, гиперхолестеринемия и др.) Левожелудочковая
Характер сердечной недостаточности ЭКГ	Правожелудочковая	Признаки гипертрофии левого сердца и коронар- ной недостаточности Аритмии (мерцательная, экстрасистолия)
Ритм и проводимость	Признаки гипертрофии правых отделов сердца	Признаки застоя в лег- ких, увеличение левого желудочка, расширение аорты
Рентгеновское исследова- ние	Может быть блокада правой ножки Признаки пневмосклеро- за, эмфиземы легких, расширение легочной ар- терии, правого сердца	

В случае сочетания обоих патологических процессов преоблада-
ющий из них ставится на первое место.

Методы лечения легочно-сердечной недостаточности

Направление терапии	Содержание	Показания
Борьба с инфекцией ды- хательных путей	Сульфамиды. Антибио- тики в в/м, в/в, в/трахе- ально, аэрозоли	Признаки обострения во- спалительного процесса в легких
Улучшение внутриброн- хиальной проходимости	Отхаркивающие. Брон- холитики (эуфиллин, те- офедрин, новодрин и др.) Аэрозоли энзимов (хи- мотрипсин и др.) Стероидные гормоны	Астматический компо- нент Нарушение отхаркивания
Борьба с гипоксией и ацидозом	Оксигенотерапия Диакarb. Щелочные ра- створы	Астматический компо- нент Одышка, цианоз, показа- тели кислотно-щелочного равновесия
Уменьшение легочной ги- пертонии	Ганглиоблокаторы Резерпин Кровопускание	При нормальном или по- вышенном давлении. Правожелудочковая недостаточность, гема- токрит выше 60%
Повышение сократимости миокарда Мочегонные	Сердечные гликозиды Бессолевая диета; ла- зикс, фонурит, альдактон и др.	Сердечная недостаточ- ность. Отечный синдром

Определение трудоспособности

При наличии только дыхательной недостаточности I степени трудоспособность в большинстве случаев сохранена, при II — ограничена, при легочно-сердечной недостаточности II—III степени трудоспособность утрачена. Обострение воспалительного процесса служит показанием для временной нетрудоспособности.

Оснащение занятия:

1. Таблицы: «Классификация легочной недостаточности».
2. Набор ЭКГ, кривых давления в легочной артерии, рентгенограмм.

АБСЦЕСС ЛЕГКИХ

Схема обоснования диагноза

1. На основании клинических данных показать наличие острого или хронического воспалительного заболевания легких (кашель с мокротой, лихорадка, боли при дыхании, физикальные данные).

2. На стадии закрытого абсцесса предположение о нагноительном процессе возможно при наличии гектической лихорадки, ознобов, потов, высокого лейкоцитоза, а также признаков общей интоксикации (тахикардия, гипотония, нарушение внешнего дыхания, анорексия и пр.). Рентгенологические данные не характерны (затемнение типа пневмонии).

3. После прорыва гнойника в бронх диагноз абсцесса легких становится определенным:

а) мокрота обильная, с запахом, трехслойная, с примесью крови, в зависимости от положения больного. При исследовании: много распавшихся лейкоцитов, капли жира, кристаллы жирных кислот, бактерии, эластические волокна;

б) симптомы полости в легких: очаговый тимпанит, бронхиальное или амфорическое дыхание, усиление бронхофонии и голосового дрожания, средне- и крупнопузырчатые хрипы;

в) при рентгеновском исследовании: одна или несколько полостей с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальным воспалением. При неясной картине используются данные томографии.

4. Клинические формы абсцесса легких:

Клинические формы	Особенности
Острый абсцесс легких	Острое начало без предшествующей патологии легких, затемнение на фоне прозрачного легкого
Абсцедирующая пневмония	Массивный участок затемнения с множественными участками затемнения
Гангрена легких	Общее тяжелое течение, боли в боку, зловонная мокрота шоколадного цвета с обрывками легочной ткани; общий токсикоз; множественные изменяющиеся полости
Хронический абсцесс легких	Хроническое течение, фиброзная утолщенная капсула, пневмосклероз, плевральные сращения, признаки хронической интоксикации (похудание, анемия, «барабанные» пальцы, амилоидоз, гипопротемия и др.)

5. Патогенетические формы абсцесса легких:

Формы	Особенности
Метапневмонический	Развитие абсцесса на фоне пневмонии крупозной или очаговой, чаще по типу абсцедирующей пневмонии
Аспирационный	После коматозного состояния, опьянения, наркоза, операции в полости рта, на миндалинах
Обтурационный	Опухоль бронха, ателектаз
Гематогенно-эмболический	При септикопиемии (септический эндокардит, остеомиелит, послеродовой сепсис, тромбофлебит, инфаркт легкого)
Лимфогенный	При гнойных плевритах, медиастинитах

6. Этиологический фактор определяется по посеву мокроты.

7. Осложнения абсцесса легких:

Осложнения	Проявления
Легочное кровотечение	Клиника, может быть острая постгеморрагическая анемия
Плеврит серофибринозный или гнойный	Притупление или тупость, ослабленное дыхание и бронхофония; рентгенография; плевральная пункция
Прорыв гнойника в плевру	Острый пиопневмоторакс: резкая боль, одышка, коллапс, цианоз, пот, тахикардия
Метастатические абсцессы: мозга, селезенки	Мозговые симптомы, боль в левом подреберье, периспленит, увеличение селезенки
Хроническая интоксикация при хроническом абсцессе	Амилоидоз внутренних органов, анемия
Нарушения функции дыхания и кровообращения	Легочная и легочно-сердечная недостаточность

8. Оформление диагноза:

а) клиническая форма абсцесса легких (острый, хронический, абсцедирующая пневмония, гангрена);

б) патогенетическая форма (метапневмонический, аспирационный и пр.);

в) локализация;

г) осложнения.

9. Дифференциальный диагноз.

Предполагаемые заболевания	Сходные симптомы	Различия от абсцесса легкого
Пневмония	Кашель, боли, лихорадка. Изменения крови	Отсутствие полости и гнойной мокроты
Бронхоктатическая болезнь	Гнойная мокрота, кровохаркание, признаки интоксикации	Хроническое течение, данные рентгено- и бронхографии
Туберкулезная каверна	Может быть гнойная мокрота, лихорадка, полость	Менее бурное течение, мокрота без гнилостного запаха, узловые тени в окружности, ВК в мокроте
Рак легких, ателектаз с нагноением	То же	Пожилой возраст, признаки ателектаза, бронхо- и томография, атипические клетки в мокроте

Методы лечения абсцесса легкого

Основные направления	Содержание лечения	Показания
Усиление защитных сил организма	Постельный режим Полноценная высококалорийная диета Витамины. Переливание крови, плазмы	Острый период Затяжное течение
Дренаж гнойника	Постуральный дренаж. Бронхоскопия с промыванием бронхов. Отхаркивающие. Аэрозоль ферментов	Во всех случаях Зловонный запах Густая мокрота
Антибактериальная терапия	Комбинация антибиотиков в больших дозах в/м, в/в, внутривенно. В последующем выбор антибиотиков по данным антибиограммы. Новарсенол 0,15—0,3—0,45 в/в через 3 дня Сульфамидные препараты продленного действия несколько недель	Во всех случаях В затяжных случаях Фузо-спириллярный симбиоз После ликвидации острых явлений
Хирургическое лечение	Лобэктомия	При неэффективности консервативного лечения в течение 1—2 месяцев

Оценка эффективности лечения

Эволюция заболевания	Критерии
Выздоровление	Стойкая нормализация температуры, крови, исчезновение мокроты, исчезновение полости или остаточная полость с тонкими стенками без перифокального воспаления
Появление осложнений	См. выше
Переход в хроническое течение	См. выше

Причины неблагоприятного течения заболевания: позднее начало лечения, алкоголизм, сопутствующие заболевания, исходное состояние легких (хронические заболевания).

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация легочных нагноений».
2. Набор рентгено- и томограмм.

РАК ЛЕГКОГО

Схема обоснования диагноза

1. Сделать общее предположение о заболевании легких (кашель с выделением мокроты, кровохаркание, боли в грудной клетке, одышка).

2. Показать особенности патологического процесса в легких:

- а) пневмония с затяжным течением;
- б) стойкий экссудативный плеврит без лихорадки и смещения средостения, особенно геморрагический;
- в) хронический абсцесс с малым количеством мокроты.

Во всех случаях характерно затяжное прогрессирующее течение, неэффективность проводимой терапии.

✓ Один из главных клинических признаков рака легкого — обтурационный ателектаз — тотальный, долево́й или сегментарный.

✓ Признаки массивного ателектаза легкого: западение грудной клетки, отставание при дыхании, притупление, ослабленное дыхание, ослабленное голосовое дрожание и бронхофония, смещение средостения в сторону поражения, признаки легочной недостаточности.

3. Указать общие нарушения: слабость, утомляемость, похудание, лихорадка, боли в костях за счет оссифицирующих периостозов, рецидивирующие мигрирующие тромбофлебиты.

✓ Сочетание различных вариантов указанных проявлений заболевания, особенно признаков ателектаза, главным образом у мужчин пожилого возраста, курильщиков, является общим основанием для предположения о наличии злокачественного новообразования легких.

Уточнение диагноза требует проведения дополнительных методов исследования.

4. Подтверждение диагноза.

Метод	Варианты, результаты
Рентгеноскопия Рентгенография	Расширение корня легкого, прикорневое неоднородное интенсивное затемнение с неровными «лучистыми» контурами, тени лимфоузлов, ателектаз
Томография	Стеноз главных и долевых бронхов
Бронхография	Сужение, деструкция или обрыв бронха
Бронхоскопия	Опухоль, изъязвление, инфильтрация слизистой
Цитологическое исследование	Атипические клетки в мокроте, смыве бронхов, плевральной жидкости, биопсия

5. Локализация рака легких

Форма	Признаки
Центральный	Прикорневая тень, закупорка крупного бронха, ателектаз, пневмония
Периферический	Медленное течение, скудная симптоматика, боли в груди, карциноматоз плевры, круглая полициклическая тень
Медиастинальная	Раннее сдавление средостения, полые вены, крупных нервных стволов
Разветвленная форма (раковая пневмония)	Острое тяжелое течение с лихорадкой, диффузное поражение легких

6. Стадии заболевания.

Стадия	Проявления	Симптомы
1. Местного роста	Признаки поражения бронха, нарушение внутрибронхиальной проходимости	Кашель, кровохаркание, одышка, боли в груди. Тень опухоли. Ателектаз
2. Инфильтрующего роста и прорастания органов	Сдавление верхней полой вены Сдавление симпатического нерва Сдавление возвратного нерва Врастание в пищевод Сдавление диафрагмального нерва Прорастание перикарда Прорастание плевры Прорастание в брюшную полость В головной мозг В печень В кости В надпочечники В поджелудочную железу	Набухание вен, отечность шеи, лица, рук Симптом Горнера Афония Дисфагия Икота, боли в плече, паралич диафрагмы Перикардит, расширение сердца. Аритмии, блокады Плеврит, пневмоторакс Перитонит, абсцесс печени Мозговые нарушения, параличи Увеличение и боли в печени, желтуха Рентгенография черепа, ребер, позвоночника Недостаточность надпочечников Характерные боли, сахарный диабет
3. Метастазирования		

Методы лечения рака легких

Направления лечения	Содержание лечения	Показания
1. Операция 2. Лучевая терапия	Лобэктомия Рентгенотерапия	Стадия местного роста. Противопоказания к операции
3. Химиотерапия	Радиоактивный кобальт Коллоидное золото Фосфат хрома Тио-ТЭФ, бензо-ТЭФ 24 мг в/в 3 раза в неделю	Вторая и третья стадии То же. Отсутствие анемии и лейкопении
4. Общеукрепляющая терапия	Переливание крови. Витамин С, В12. Фолиевая кислота	Анемия
5. Антибактериальная терапия 6. Борьба с болями	Антибиотики Сульфамиды Новокаиновые блокады. Наркотики	Признаки вторичной инфекции и интоксикации Болевой синдром

Оснащение занятия:

1. Классификация рака легких.
2. Набор рентгено-, бронхо-, томограмм легких.
3. Препараты атипических клеток.
4. Набор химиотерапевтических медикаментов.

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

МИТРАЛЬНЫЙ ПОРОК СЕРДЦА

Схема обоснования диагноза

Диагноз порока сердца требует выявления: 1) прямых признаков клапанного дефекта — шумов (аускультация, ФКГ), 2) признаков гипертрофии соответствующих отделов сердца, вызванных этим дефектом (осмотр, пальпация, перкуссия, рентгеновское и ЭКГ исследование); 3) особенностей нарушений общей и внутрисердечной гемодинамики, характерных для данного порока сердца (пульс, АД, признаки декомпенсации, ФКГ, поликардиография, показатели гемодинамики, данные зондирования полостей сердца).

Наличие 2-й и 3-й групп признаков является главным критерием органического происхождения шумов. В зависимости от величины дефекта, стадии заболевания и признаков декомпенсации наличие и степень выраженности симптомов будут варьировать у разных больных.

1. Недостаточность митрального клапана

а) Прямой признак: систолический шум на верхушке разного тембра, интенсивности и продолжительности, усиливающийся на левом боку и после физической нагрузки, с иррадиацией в подмышечную область, иногда к груди, в область легочной артерии.

ФКГ: обычно низкочастотный систолический шум, сливающийся с первым тоном, равномерный или убывающий, занимающий всю систолу или ее часть.

б) Признаки гипертрофии левого желудочка:

Физикальные	Рентгенологические	ЭКГ
Усиленный верхушечный толчок, смещенный влево и вниз Расширение сердца влево	Расширение сердца за счет левого желудочка, систолическая экспансия левого предсердия, отклонение пищевода по дуге малого радиуса	Левосторонняя, высокие R в I, aVL, левых грудных отведениях, может быть депрессия S—T и отрицательный зубец T там же

в) Особенности нарушений гемодинамики:

Клиника	ФКГ	ПКГ	Гемодинамика
Ослабление I тона на верхушке, акцент II тона на легочной артерии левожелудочковый характер декомпенсации	Уменьшение амплитуды I тона на верхушке, увеличение и расщепление II тона на легочной артерии	Без особенностей	Ударный и минутный объем, пульс, АД без особенностей

2. Митральный стеноз

а) Прямой признак: диастолическое дрожание (кошачье мурлыканье) и диастолический шум на верхушке (пресистолический, протомезодиастолический, пандиастолический), низкого тембра, без иррадиации. Аналогичные данные на ФКГ. Интенсивность диастолического шума обычно пропорциональна степени сужения левого атриовентрикулярного отверстия.

б) Признаки гипертрофии левого предсердия и правого желудочка:

Физикальные	Рентгенологические	ЭКГ
Пульсация слева от грудины (сердечный толчок) и в эпигастральной области. Сердечный горб. Верхушечный толчок разлитой, не усилен, смещен влево. Расширение сердца вверх, вправо, влево	Митральная конфигурация, увеличение левого предсердия (отклонение пищевода по дуге большого радиуса), правого желудочка, конуса легочной артерии	Вертикальная позиция, правограмма, «митральные» зубцы Р во I, II, aVL и правых грудных отведениях; высокие R и изменения S—T и T там же. Неполная или полная блокада правой ножки. Мерцательная аритмия

в) Особенности нарушения гемодинамики:

Физикальные	ФКГ	ПКГ
Хлопающий I тон и трехчленный ритм на верхушке, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии, иногда диастолический шум Грехем-Стилла там же. Признаки застоя в малом круге (одышка, кровохаркание, кашель, влажные хрипы)	Высокая амплитуда I тона и «щелчок открытия» на верхушке, увеличение амплитуды легочного компонента II тона, его расщепление и раздвоение на легочной артерии	Удлинение интервала Q—I тон и укорочение II тон—щелчок открытия (OS)

3. При наличии признаков недостаточности митрального клапана и стеноза левого атриовентрикулярного отверстия делается вывод о сочетанном характере митрального порока и устанавливается преобладающий характер поражения.

Преобладание недостаточности.	Преобладание стеноза
Грубый систолический шум, нормальный или ослабленный I тон, ЭКГ—норма или левограмма, нормальный ритм, рентгенологически — пульсация левого предсердия (ЭКИ).	Выраженная звуковая и ФКГ симптоматика митрального стеноза, нерезкий систолический шум, ЭКГ — правограмма, гипертрофия левого предсердия и правого желудочка, мерцательная аритмия; увеличение левого предсердия, ПКГ — удлинение периода преобразования

Диагностический расчет площади рез него).

4. Уточнение в сти крово

Оценка стад классификации

Ста

I. Полная к тивные симптом

II. Увеличен лом круге (оды

III. Увеличен признаки правох

IV. Большое дочковая недост печени.

V. Необратим

5. Осло

Осложнения

Мерцательная аритм

Тромбоз левого ушка предсердия

Кровохаркание и легочные кровотечения

Инфаркты легких

Приступы сердечной астмы и отека легких

Относительная недостаточность трехстворчатого клапана

Диагностика порока сердца может быть уточнена при зондировании правого сердца и легочной артерии (измерение давления, расчет площади митрального отверстия и величина кровотока через него).

4. Уточнение наличия, степени и формы недостаточности кровообращения производится по общепринятой классификации.

Оценка стадии митрального стеноза может быть произведена по классификации А. М. Дамира и А. Н. Бакулева:

Стадия стеноза	Признаки
I. Полная компенсация, сердце не изменено, только аускультативные симптомы.	
II. Увеличение только левого предсердия, признаки застоя в малом круге (одышка, кашель, кровохаркание и пр.).	
III. Увеличение правого желудочка, начальные или умеренные признаки правожелудочковой декомпенсации.	
IV. Большое сердце, нарушение ритма, выраженная правожелудочковая недостаточность с отеками и значительным увеличением печени.	
V. Необратимые изменения (асцит, цирроз печени, кахексия).	

5. Осложнения митрального стеноза

Осложнения	Признаки
Мерцательная аритмия	Пульс, аускультация, дефицит пульса, ЭКГ (крупноволновый тип)
Тромбоз левого ушка и предсердия	Эмболии в мозг, почки, селезенку и другие сосудистые области
Кровохаркания и легочные кровотечения	Клиника
Инфаркты легких	Плевральные боли, кровохаркание, повышение температуры, признаки пневмонии, особенно при мерцательной аритмии
Приступы сердечной астмы и отека легких	Удушье, кашель с пенистой розовой мокротой, kloкочущее дыхание, влажные (до крупнопузырчатых) хрипы в легких
Относительная недостаточность трехстворчатого клапана	Систолический шум у мечевидного отростка, положительный венный пульс, увеличение и систолическая пульсация печени

6. Этиология порока.

Сочетанный митральный порок практически всегда ревматической этиологии. Дополнительные данные: ревматический анамнез, ангины; при изолированной митральной недостаточности обсудить возможность других причинных факторов (атеросклероз, сифилис, подострый септический эндокардит, миогенная дилатация).

7. Определение активности ревматического процесса

Общевоспалительные признаки	Признаки ревмокардита (возвратного)	Иммунобиохимические методы
Лихорадка, полиартрит, узловая эритема, нефрит, лейкоцитоз, ускорение РОЭ	Нарушение проводимости, аритмии, динамические изменения шумов и тонов сердца, зубцов ЭКГ, сердечная недостаточность, устойчивая к проводимой кардиальной терапии	Увеличение титров противострептококковых антигенов (антистрептолизина, антистрептогалактуронидазы и др.). С-реактивный белок, увеличение фибриногена, альфа-2 и гамма-глобулинов, дифениламинная и сиаловая пробы

В соответствии с классификацией ревматизма по А. И. Нестерову может быть оценена степень активности процесса (0, I, II, III), особенности его течения (острое, подострое, затяжное, непрерывно-рецидивирующее).

8. Оформление диагноза:

- ревматизм (фаза, степень активности, ревмокардит);
- проявления ревматизма (полиартрит, ревмокардит);
- порок сердца (при сочетанном поражении указать преобладающий порок, при митральном стенозе — его стадию);
- нарушение ритма и проводимости;
- степень и форма недостаточности кровообращения и другие осложнения.

Схема лечения

Направление	Содержание лечения	Показания
Противоревматическое лечение	Салицилаты и пиразолоновые производные Стероидные гормоны Делагил, хлорокин	Преимущественно малая степень активности Высокая активность Затяжное течение

Направление	Содержание лечения	Показания
Лечение сердечной недостаточности	Иммунодепрессанты (имуран, лейкеран, меркаптопурин).	Непрерывно-рецидивирующие формы
	Пенициллин Санация очагов инфекции	Наличие хронических очагов инфекции
	Сердечные гликозиды: строфантин, коргликон, дигоксин, ацедоксин, изоланид Кокарбоксилаза, АТФ, витамины	Острая или тяжелая хроническая декомпенсация. При декомпенсации с тахикардией и мерцательной аритмией
Восстановление нарушенного ритма	Мочегонные (новурит, фонурит, лазикс, альдактон) Хинидин, новокаин-амид, индерал, аймалин и др.	Отеки, застой в органах Экстрасистолия, мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия
Физическая реабилитация	Электрическая дефибрилляция ЛФК, тренировка, закаливание, санаторно-курортное лечение	Мерцательная аритмия при II—III стадиях I—III стадиях
Хирургическая коррекция порока	Комиссуротомия, протезирование	Преимущественно при II—III стадиях

Оснащение занятия:

1. Таблицы «Классификация ревматизма», «Классификация сердечной недостаточности».
2. Наборы ЭКГ, ФКГ, рентгенограмм.

АОРТАЛЬНЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА. ПОДОСТРЫЙ СЕПТИЧЕСКИЙ ЭНДОКАРДИТ

Схема обоснования диагноза

1. Недостаточность клапанов аорты:

а) Прямой признак: диастолический шум убывающей интенсивности во II межреберье справа от грудины и в V точке, продолжительность и сила шума пропорциональны степени дефекта. ФКГ: высокочастотный диастолический шум убывающей амплитуды, протодиастолический, мезо- и пандиастолический.

б) Особенности нарушения сердечной и общей гемодинамики:

Физикальные признаки	ФКГ и ПКГ	Показатели гемодинамики
Быстрый, высокий и большой пульс. Пульсация сонных артерий. Бледность. Капиллярный пульс. Двойной шум Дюрозы и двойной тон Траубе. Глухие тоны на аорте. Пресистолический шум Флинта. Длительный период компенсации	Уменьшение амплитуды II тона на аорте и I тона на вершине. Сфигмограмма: крутой подъем анакроты, вторая дилятационная волна. ПКГ: резкое укорочение изометрического сокращения и всего периода напряжения, удлинение периода изгнания	Увеличение систолического и уменьшение диастолического давления. Увеличение ударного объема

в) Признаки гипертрофии левого желудочка:

Физикальные	Рентгенологические	ЭКГ
Верхушечный толчок усиленный, куполообразный, приподнимающий, смещенный влево и вниз. Увеличение сердца влево	Аортальная конфигурация, увеличение левого желудочка, закругленная вершина, пульсация большой амплитуды, расширение и пульсация аорты	Левосторонняя, уширение QRS, высокие R и изменения S—T и T в I, aVL, левых грудных отведениях, увеличение времени внутреннего отклонения. Блокада левой ножки

2. Стеноз устья аорты

а) Прямой признак: систолический шум, часто грубый, резкий, шипящий, заглушающий I тон, пансистолический, во II межреберье справа от грудины с иррадиацией в сосуды шеи, спину, область брюшной аорты. Систолическое «кошачье мурлыканье» над аортой.

ФКГ: систолический шум низкочастотный, веретенообразный, ромбовидный, сразу за I тоном.

б) Особенности нарушения сердечной и общей гемодинамики:

Физикальные	ФКГ и ПКГ	Показатели гемодинамики
Пульс: твердый, малый, редкий	Умеренная амплитуда II тона на аорте. Сфигмограмма: замедленный подъем и спуск кривой, инцизура плохо выражена, «гребешок» на вершине. ПКГ: уменьшение изометрического сокращения и увеличение периода изгнания	АД: уменьшение систолического и пульсового давления. Может быть уменьшение сердечного выброса

6) Признаки гипертрофии левого желудочка (см. выше).

3. В случае сочетания признаков недостаточности клапанов и стеноза устья аорты необходимо определить преобладающий вид порока, главным образом, по особенностям периферической гемодинамики.

Преобладание недостаточности	Преобладание стеноза
Выраженная симптоматика аортальной недостаточности. Из признаков стеноза — только систолический шум и относительное повышение диастолического давления	Имеется диастолический шум на аорте, но пульсация сосудов мало выражена, диастолическое давление повышено

4. Определить наличие, степень и форму сердечной недостаточности.

Для обеих форм порока характерно длительное сохранение периода компенсации. Декомпенсация вначале протекает по левожелудочковому типу (одышка, застойные хрипы в легких, значительное расширение сердца, диффузные изменения ЭКГ, приступы сердечной астмы и отека легких). В последующем присоединяется правожелудочковая недостаточность, обычно устойчивая к проводимому лечению.

5. Определить этиологию порока

1. При наличии признаков воспалительного процесса (повышение температуры, ускорение РОЭ, С-реактивный белок, диспротеинемия и пр.), возможно предположение об активной фазе ревматизма или о подостром септическом эндокардите.

Ревматизм	Подострый септический эндокардит
Ревматический анамнез, полиартрит, сочетание с аортальным стенозом, митральным пороком. Антистрептококковые антитела. Лейкоцитоз. Отсутствие других признаков подострого септического эндокардита. Положительный эффект противоревматической терапии	Длительная лихорадка с ознобами, анемия гипорегенераторного типа, лейко- и тромбопения. Проявления язвенного эндокардита: эмболии в мозг, селезенку, почки и др. Проявления эндоваскулита и поражения ретикуло-эндотелия. Эндотелиальные симптомы (жгута, щипка), геморрагический диатез, спленомегалия, гепатит, нефрит, пальцы в виде барабанных палочек. Положительная гемокультура, осадочные пробы (Вассермана, формоловая, тимоловая, сулемовая, Вельтмана), увеличение гамма-глобулинов

2. При отсутствии признаков воспалительного процесса, помимо неактивной фазы предыдущих заболеваний, обсудить возможность атеросклеротического или сифилитического поражения аорты и клапанов.

Атеросклероз	Сифилис
<p>Пожилой возраст, признаки атеросклероза. Коронарная недостаточность. Признаки стеноза устья аорты, недостаточность — очень редко.</p> <p>Отрицательные данные за ревматизм и сифилис</p>	<p>Сифилис в анамнезе леченный или нелеченный. Выкидыши у женщины. Малое снижение диастолического давления, акцент II тона на аорте, максимум диастолического шума слева от грудины.</p> <p>Расширение и аневризма аорты. Коронарная недостаточность, аорталгия.</p> <p>Положительные реакции Вассермана, Закс-Витебского. Консультация невропатолога, окулиста, рентгенография костей. Поражение печени</p>

При диагнозе подострого септического эндокардита уточнить:

а) особенности клинического течения:

Течение	Проявление
Острое, или злокачественное	Высокая лихорадка, ознобы, септическая интоксикация, геморрагии, злокачественный нефрит, резкая анемия
Подострое	Медленное постепенное развитие, субфебрилитет, полная клиническая картина через 1—1,5 года
Хроническое	Длительность до 5—7 лет и более, чередование периодов обострения и ремиссии, обычно под влиянием лечения антибиотиками

б) форму септического эндокардита:

Форма	Проявления
Первичный	Обычно острое течение без предшествующего порока и ревматического анамнеза
Вторичный	Развитие заболевания на фоне установленных ранее пороков (ревматизм, врожденные, атеросклероз, сифилис, травма), обычно подострое или хроническое течение

в) стадию заболевания:

Стадия	Проявления
Ранняя	До образования септического порока или других органических изменений
Выраженных клинических проявлений	Развернутая клиническая картина (см. выше)
Терминальная	Тяжелые осложнения (резкая анемия, сердечная недостаточность, нефрит с уремией, желтуха и др.)

г) ведущий клинический синдром:

Синдром	Проявления
Почечный	Гипертония, азотемия или амилоидная дистрофия, нефротический синдром
Тромбо-эмболический	Нарушения кровоснабжения различных органов
Сердечный	Сердечная недостаточность
Анемический	Коронарная недостаточность
Гепато-спленомегалический	Прогрессирующая анемия с лейко- и тромбопенией
Церебральный	Увеличение органов, желтуха, панцитопения
	Нарушение мозгового кровообращения, зрения, психозы

6. Оформление диагноза

Основное заболевание: ревматизм (фаза, течение, активность), подострый септический эндокардит (течение, форма, вариант), сифилис (мезаортит), атеросклероз (локализация).

Характер порока, преобладающий вид поражения.

Поражение миокарда. Недостаточность кровообращения (степень, форма). Другие осложнения.

Схема лечения

а) Этиологическое лечение ревматизма (см. «Митральные пороки»), сифилиса (см. «Люэтический мезаортит»), подострого септического эндокардита. Антибактериальная терапия подострого септического эндокардита должна быть ранней, продолжительной, массивной, с использованием данных гемокультуры.

Вначале обычно назначается: пенициллин 1—1,5 млн. ед. и стрептомицин 1 г в/м; при отсутствии эффекта через 4—5 дней дозы препаратов увеличиваются соответственно до 2—3 млн. ед. и 2 граммов. При недостаточном эффекте через 7—10 дней назначаются сочетания других антибиотиков по данным антибиограммы (эритромицин, тетрациклин, олететрин, морфоциклин и другие в максимальных дозах). Лечение продолжается курсами по 4—6 недель с перерывами 1—2 месяца.

Для предотвращения дисбактериоза и гиповитаминоза назначаются витамины В₁, В₆, В₁₂, фолиевая и никотиновая кислоты, нистатин, леворин.

При острых воспалительных явлениях, нервно-аллергических реакциях от антибиотиков назначаются десенсибилизирующие средства: аспирин, пирамидон, бутадон, димедрол, преднизолон (7—10 дней).

б) лечение анемии, поражения почек, печени — по общим правилам;

в) остальные направления терапии — см. «Митральные пороки».

Оснащение занятия:

1. Наборы ЭКГ, ФКГ, рентгенограмм.
2. Набор медикаментов.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Схема обоснования диагноза

1. Сделать общее предположение о заболевании сердечно-сосудистой системы (головные боли, головокружение, шум в голове, боли в области сердца, одышка и др.).

2. Выделить признаки артериальной гипертонии:

Методы исследования	Признаки
Клинические	Напряженный пульс, повышение систолического и диастолического артериального давления, усиленный верхушечный толчок, расширение сердца влево, акцент II тона на аорте
Рентгенологические	Увеличение сердца за счет левого желудочка, закругленная верхушка, усиленная пульсация
ЭКГ	Признаки гипертрофии левого желудочка (левая грамма, высокие R в I и левых грудных отведениях, изменения S—T и T там же)

3. Исключить симптоматические гипертонии:

Главные проявления	Заболевания	Дополнительные исследования
Повышение только систолического давления	Атеросклероз. Недостаточность клапанов аорты Тиреотоксикоз. Полная а-в блокада Коарктация аорты	АД, осцилло- и реография на верхних и нижних конечностях, рентгенография аорты, ребер (узуры)
Региональная гипертония верхней половины туловища	Феохромоцитома	Гипергликемия, лейкоцитоз, увеличение катехоламинов. Оксисупрареография
Пароксизмальная гипертония с ознобом, лихорадкой, тахикардией, потливостью Ожирение, сахарный диабет, стрии, гирсутизм	Болезнь Иценко-Кушинга	Рентгенография черепа, 17-окси и 11-кетостероиды. Ретропневмоперитонеум. Сахар в крови

Главные проявления
Мышечная слабость, жажда, полиурия, гипертония
Заболевания почек в анамнезе, патология мочевого пузыря
Стойкая высокая гипертония, особенно у молодых

4. Установить диагноз и коронарные заболевания

Методы исследования

Клиника

Рентгенологическое исследование
ЭКГ
Лабораторные

5. Определить характер болезни и методы исследования

Показатель

Артериальное давление

Сердце

Атеросклероз

Коронарная недостаточность

Нерезкая гипертония с патологическим сужением до нормы

Норма

Нет

Нет

Главные проявления	Заболевания	Дополнительные исследования
Мышечная слабость, жажда, полиурия, парестезии Заболевания почек в анамнезе, патология мочи, отеки Стойкая высокая гипертония, особенно у молодых	Синдром Кона (альдостерома) Нефриты. Пиелонефриты. Урологические заболевания Рено-васкулярная гипертония	К и Na крови. Экскреция альдостерона. ЭКГ. Ан. мочи общ., по Зимницкому, по Аддис-Каковскому, проба Реберга. Пиелография Урография, аортография, радиоизотопное исследование

4. Установить наличие атеросклероза и коронарной недостаточности:

Методы исследования	Проявления
Клиника	Стенокардия, инфаркт миокарда в анамнезе. Церебральные жалобы. Плотные извитые артерии. Нарушение пульсации на нижних конечностях. Пожилой возраст. Ожирение Расширение, уплотнение и кальциноз аорты
Рентгенологическое исследование ЭКГ Лабораторные	Изменения S—T и T коронарного типа Увеличение холестерина, общих липидов, бета-липопротеидов

5. Определить стадию гипертонической болезни по данным клиники, ЭКГ, исследования почек, глазного дна, наличию осложнений:

Показатель	Стадия I	Стадия II	Стадия III
Артериальное давление	Нерезкая гипертония с периодическим снижением до нормы	Высокая и более устойчивая гипертония	Стабилизация давления на высоких цифрах. Снижение после инфаркта, сердечной недостаточности
Сердце	Норма	Увеличение левого желудочка (умеренное), акцент II тона на аорте	Расширение сердца, признаки атеросклеротического кардиосклероза
Атеросклероз	Нет	Умеренно выраженный	Имеется
Коронарная недостаточность	Нет	Стенокардия	Хроническая коронарная недостаточность, инфаркт миокарда

Продолжение табл.

Показатель	Стадия I	Стадия II	Стадия III
ЭКГ	Норма	Левграмма, начальные признаки гипертрофии левого желудочка	Выраженная гипертрофия и перенапряжение левого желудочка. Признаки коронарной недостаточности
Гипертонические кризы	Нет	Первого типа	Второго типа
Нарушения мозгового кровообращения	Нет	Динамические	Могут быть инсульты
Почки	Норма	Норма	Признаки артериосклеротического нефросклероза
Глазное дно	Непостоянное сужение артериол	Сужение артериол, расширение вен	Склероз и спазм сосудов, салюс, отек, белые пятна, геморрагии

6. Установить форму гипертонической болезни: медленно прогрессирующая (доброкачественная) или злокачественная, быстро прогрессирующая.

7. На основании анамнеза указать возможные причинные факторы гипертонической болезни у данного больного (психическая травматизация, травмы головы, солевая гипертония, климакс, наследственная отягощенность и пр.).

Оформление диагноза

Помимо вышеуказанного, диагноз гипертонической болезни требует выявления признаков сердечной недостаточности, коронарной недостаточности, нарушений мозгового кровообращения и функции почек.

При формулировке диагноза указывается:

- а) стадия;
- б) атеросклероз (локализация);
- в) форма коронарной недостаточности;
- г) атеросклеротический кардиосклероз (форма);
- д) осложнения: гипертонический криз (тип), недостаточность кровообращения (степень, форма), нарушения мозгового кровообращения, поражение почек и состояние их выделительной функции.

Форма гипертонической болезни отмечается только в случае злокачественного ее варианта.

Схема лечения гипертонической болезни

1. Общие принципы

Лечение гипертонической болезни должно быть ранним, эффективным, индивидуализированным, постоянным, контролируемым. Главные направления лечения: а) уменьшение или перерыв сосудосуживающих нервных влияний; б) удаление избытка натрия из организма.

Гипотензивные препараты

Группы	Препараты	Механизм действия
1. Центрального действия: а) седативные б) на сосудодвигательные центры в) препараты раувольфии	Бромиды, барбитураты, транквилизаторы Сернокислая магнезия Дибазол 1% — 6—8 мл Резерпин (серпазил). Раунатин, раувазан, гендон	Уменьшение катехоламинов и серотонина в ЦНС и на периферии Нейролептик Препятствуют действию ацетил-холина в ганглиях
2. Ганглиоблокаторы	Бензогексоний Пентамин Арфонад Синаплег (пирилен)	
3. На окончания постганглионарных волокон	Гуанетидин (исмелин, изобарин, октатензин, сано́тензин) Альфа-метилдопа - (допегит, альдомет) Гидралазин (апрессин, непрессол) Индерал Изоптин Фонурит (диакарб)	Действует как ложный медиатор, занимая место норадреналина в нервных окончаниях Конкурент ДОФА, образует вместо норадреналина малоактивный альфа-метилнорадреналин Блокада альфарецепторов, угнетение диэнцефальных вазомоторных центров. Блокада бетарецепторов
4. Влияние на обмен натрия	Гипотиазид Альдактон (верошпирон) Триамтерен. Лазих (фуроземид). Урегит (этакриновая кислота)	Подавление дистальной реабсорбции натрия путем ингибиции карбоангидразы Антагонист альдостерона

Тактика фармакотерапии по стадиям

	С т а д и я		
	I	II	III
Снотворные, седативные, транкви-вольфии	+++	++	+
Препараты раувольфин	+++	++	+
Ганглиоблокаторы	—	++ гипертонические кризы	+
Гуанетидин	—	+	++
Индерал	++	+	—
Альдомет	+—	+	++
Фонурит, гипотиазид	+—	++	++
Лазикс	—	+	(при отеках)
Комбинации	Депрессин (резерпин, гипотиазид, люминал). Эрпозид (резерпин, гипотиазид)	Адельфан (резерпин, непрессол) Диуретики, исмелин или альдомет (при отеках)	Резерпин, диуретики, исмелин. Альдомет, гипотиазид, исмелин или ганглиоблокаторы

Оснащение занятия:

1. Таблицы: «Классификация гипертонической болезни», «Схема лечения гипертонической болезни».
2. Набор медикаментов.

ГРУДНАЯ ЖАБА

Схема обоснования диагноза

1. Анализ болевого синдрома в области сердца.
2. ЭКГ в покое и при физической нагрузке.
3. Уточнение генеза и формы стенокардии.
4. Оценка состояния миокарда.
5. Дифференциальный диагноз.

1. Особенности болевого синдрома при стенокардии (грудной жабе):

Признак	Особенности
Характер болей	Сжимающие, давящие
Локализация	За грудиной, в нижней трети
Иррадиация	В шею, челюсть, левое плечо и руку
Продолжительность	Несколько минут, приступообразные, с ясным началом и окончанием
Условия появления	При физической нагрузке, после еды, охлаждении, отрицательных эмоциях, в предутренние часы
Поведение больного во время приступа	Непреодолимое стремление к покою
Эффект нитроглицерина, валидола	В первые 1—2 минуты

Учесть, что при стенокардии боли не всегда носят типичный характер, а иногда отсутствуют. Поэтому анализ субъективных симптомов часто дает возможность только предполагать о наличии коронарной недостаточности, особенно у мужчин среднего и пожилого возраста.

2. ЭКГ критерии коронарной недостаточности

Главные признаки: смещение ST горизонтальной формы и изменения зубцов Т, особенно в I, II, aVL и левых грудных отведениях.

По ЭКГ можно определить распространенность и локализацию нарушений питания миокарда (отведения ЭКГ и их число с изменениями конечной части желудочкового комплекса), глубину и тяжесть поражения.

Варианты ЭКГ

Изменения ЭКГ	Интерпретация
Смещение S—T книзу	Субэндокардиальное «повреждение»
Смещение S—T вверх	Субэпикардиальное «повреждение»
Отрицательный симметричный Т	Субэпикардиальная ишемия
Высокий остроконечный зубец Т	Субэпикардиальная ишемия

Отсутствие указанных изменений ЭКГ при типичном болевом синдроме не исключает диагноза коронарной недостаточности и служит показанием для наблюдения в динамике или проведения функциональных нагрузочных проб (проба Мастера, велоэргометрия).

Причина и форма стенокардии	Признаки
1. Ангioneвроз:	Признаки общего невроза, вегетативной дисфункции, неточный характер болей. Отсутствие органических изменений. Роль психоэмоционального напряжения
а) с преобладанием признаков симпатикотонии;	Синусовая тахикардия, тенденция к повышению артериального давления
б) с преобладанием признаков ваготонии;	Синусовая брадикардия, тенденция к гипотонии
в) рефлекторная стенокардия	При язвенной болезни, желчно-каменной болезни, диафрагмальной грыже. Дивертикул пищевода и пр. Связь с приемом пищи и диспепсическими нарушениями
2. Атеросклероз коронарных артерий	Средний и пожилой возраст. Гипертоническая болезнь. Инфаркт миокарда в анамнезе. Типичный характер болей. Клинические и лабораторные признаки атеросклероза (см. «Атеросклеротический кардиосклероз»)
а) стенокардия напряжения;	Редкие приступы, только после больших напряжений, кратковременные изменения ЭКГ или только при нагрузке
б) стенозирующий атеросклероз, хроническая коронарная недостаточность;	Частые приступы при малой физической нагрузке, приеме пищи; стойкие изменения ЭКГ, признаки атеросклеротического кардиосклероза (см. «Атеросклеротический кардиосклероз»)
в) стенокардия покоя, прединфарктное состояние	Затяжные приступы в предутренние часы, признаки гиперкоагуляции (протромбиновое время, фибриноген, свертываемость, тромбоэластография и пр.), ЭКГ признаки повреждения
3. Воспалительные поражения коронарных сосудов	Признаки ревматизма, узлового периартериита, идиопатического миокардита. Лихорадка, признаки аллергии, изменения крови. Порок сердца

3. Оценка состояния миокарда

Признаки нарушения различных функций миокарда (см. «Атеросклеротический кардиосклероз»).

4. Дифференциальный диагноз

Заболевание или состояние	Сходные признаки	Различия
Деформирующий спондилез, грудной радикулит	Боли в области сердца, в левой половине грудной клетки	Боли при поворотах, движениях руками, болезненность остистых отростков, паравerteбрально, в межреберьях. Рентгенография позвоночника. Нормальная ЭКГ

Заболевание или состояние	Сходные признаки	Различия
Сухой плеврит, плевральные спайки	Боли в области сердца, в левой половине грудной клетки	Связь болей с дыханием, кашлем, шум трения плевры, ограничение подвижности диафрагмы
Диафрагмальная грыжа Дивертикул пищевода	»	Связь болей с положением тела, приемом пищи, диспепсические расстройства, рентгеноскопия, признаки невроза
Кардиалгический невроз	»	Молодой возраст, климакс, боли длительные, чаще в области верхушки, нечеткий эффект нитроглицерина. Нормальная ЭКГ
Дистормональная кардиопатия	То же. Средний и пожилой возраст. Изменения зубцов Т на ЭКГ	Климакс, гинекологическая патология, связь с менструальным циклом. Нетипичные боли. Стойкие (годами) изменения ЭКГ
Изменения ЭКГ при гипертрофии желудочков	Изменения S—T и Т	Смещение вниз S—T выпуклостью кверху, асимметричный Т, увеличение и уширение QRS.
Изменения ЭКГ при лечении сердечными глюкозидами	»	Депрессия S—T корытообразной формы, другие признаки интоксикации (тошноты, рвоты, нарушения ритма).

Оформление диагноза

а) основное заболевание (гипертоническая болезнь, атеросклероз, нейроциркуляторная дистония и др. согласно имеющимся классификациям),

б) форма коронарной недостаточности,

в) поражение миокарда,

г) состояние кровообращения.

Схема лечения

Форма стенокардии	Лечение
Ангиневротическая	Транквилизаторы, седативные Спазмолитики (папаверин, ношпа, галидор)
а) симпатикотония	Препараты раувольфии (резерпин, раунатин), бета-блокаторы (индерал, изотин), прениламины (коронтин, сегонтин)
б) ваготония	Препараты атропина, белоид
Атеросклероз, стенокардия напряжения	Нитриты, производные изохинолина (папаверин, ношпа), прениламины (коронтин), интенсаин, пиримидиновые (персантин, курантил), устимон (препарат триметоксибензойной кислоты)
Хроническая коронарная недостаточность. Стенозирующий атеросклероз, стенокардия малых напряжений и покоя	Пролонгированные нитриты. Бета-блокаторы. Анаболические стероиды (неробол, ретаболил). Тиреостатические препараты (мерказолил). Кокарбоксилаза, витамины В ₁ , В ₁₂ , АТФ Антибрадикининные (ангипин)
Стенокардия покоя, прединфарктное состояние	Операция (имплантация молочной артерии, протезирование коронарной артерии)
Стенокардия с нарушениями ритма	Гепарин, фибринолизин с последующим переходом на непрямые антикоагулянты под контролем показателей свертываемости, протромбинового времени, коагулограммы
Стенокардия и гипертония	Бета-блокаторы, изоптин
Стенокардия и сердечная недостаточность	То же и гипотензивные Сердечные гликозиды. Персантин, интенсаин, кокарбоксилаза

Во всех случаях коронарного атеросклероза необходима противосклеротическая терапия: диета, витамины, липотропные препараты: атромид, хлорфибрат, никотиновая кислота.

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация коронарной недостаточности».
2. Набор препаратов.

ИНФАРКТ МИОКАРДА

Схема обоснования диагноза

1. Доказательства наличия инфаркта миокарда.

а) Проявления острой коронарной недостаточности: приступообразные, длительные, интенсивные боли за грудиной с иррадиацией влево, отсутствие эффекта нитроглицерина.

б) Сердечно-сосудистые симптомы: тахикардия, аритмия, падение артериального давления, затруднение дыхания, шум трения перикарда, коллапс, сердечная астма и отек легких, острое нарушение мозгового кровообращения.

в) Реактивные явления: повышение температуры, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение РОЭ, гиперферментемия (трансаминазы, альдолаза, ЛДГ, креатинфосфокиназа), увеличение количества фибриногена, альфа-1 и альфа-2 глобулина, С-реактивный белок.

г) Изменения ЭКГ в динамике.

2. Характеристика инфаркта миокарда

На основании клинико-ЭКГ данных решить следующие вопросы:

Характеристика	Особенности
1. Острый (первичный) или повторный инфаркт	Анамнез, наличие рубцовых изменений на ЭКГ
2. Размеры инфаркта:	
а) мелкоочаговый	Менее интенсивные и продолжительные боли, субфебрильная температура, нерезкие изменения лабораторных показателей, изменения только конечной части желудочкового комплекса ЭКГ
б) крупноочаговый	Выраженная клиника, более тяжелое течение, значительные изменения лабораторных показателей, деформация QRS с глубоким зубцом Q, высокий подъем интервала S—T
в т. ч. трансмуральный	Комплекс QS с исчезновением зубца R, прекордиальная пульсация, шум трения перикарда
3. Локализация инфаркта	По ЭКГ
4. Распространенность	По ЭКГ
5. Клиническая форма	Ангинозная, астматическая, гастралгическая, инсультная, шоковая, аритмическая, бессимптомная
6. Стадия течения инфаркта	Острая, подострая, рубцовая — по срокам, клинике и динамике ЭКГ
Осложнения:	
а) острая стадия	Коллапс, шок, острая левожелудочковая недостаточность. Нарушения ритма и проводимости. Острая аневризма сердца, разрывы, тампонада. Пристеночный тромбоэндокардит, периферические эмболии. Разрыв сосочковой мышцы, прорыв межжелудочковой перегородки. Парез желудка, острые язвы
б) подострая стадия	Хроническая аневризма сердца. Хроническая коронарная и сердечная недостаточность
в) рубцовая стадия	То же. Синдромы плеча и руки, передней грудной стенки. Постинфарктный синдром (Дресслера). Повторный инфаркт миокарда

3. Выявить основное заболевание сердечно-сосудистой системы:

Заболевание	Признаки
Атеросклероз	Пожилой возраст, нарушение жирового обмена, уплотненные извитые артерии, церебральные нарушения, «перемежающаяся хромота», систолическая гипертония. Биохимические (увеличение холестерина, общих липидов, бета-липопротеидов) и рентгенологические (расширение и уплотнение аорты) данные
Гипертоническая болезнь	Систолю-диастолическая гипертония, признаки гипертрофии левого желудочка, нефросклероз. Определить стадию
Редкие формы	Васкулиты (узловой периартериит), подострый септический эндокардит, ревматические пороки сердца

4) Дифференциальный диагноз:

а) исключение других форм коронарной недостаточности (стенокардии, очаговой дистрофии);

б) исключение других заболеваний со сходной клиникой:

Заболевание	Сходные симптомы	Отличия
Тромбоэмболия легочной артерии	Интенсивные боли в области сердца, коллапс. Глубокий Q и подъем ST в III отведении (при заднем инфаркте миокарда)	Острая правожелудочковая недостаточность. Резкий цианоз. Глубокий S в I и левых грудных, II отведение не изменено, отрицательные T в V ₁₋₃ , быстрая обратная динамика. Высокие R II-III
Острый сухой перикардит	Прекардиальные боли, шум трения перикарда, лихорадка, изменения крови, подъем S—T, изменения T	Боли постоянного характера, связаны с дыханием, кашлем. Смещение S—T конкордантное во всех отведениях, зубцы Q отсутствуют
Расслаивающая аневризма аорты	Интенсивные боли, двигательное возбуждение, гипотония	Большая иррадиация болей, расширение сердца (гемоперикардium), признаки нарушения кровообращения: кишечника (непроходимость, кровавая рвота), почек (гематурия, анурия), спинного мозга (параличи), нижних конечностей, ЭКГ без особенностей
Острая брюшная патология (прободная язва, острый панкреатит, пищевое отравление)	При гастралгической форме, парезе желудка, острых язвах	Особенности болей, возраст, анамнез, изменения ЭКГ.

Оформление диагноза:

Инфаркт миокарда: острый, повторный, мелко- или крупноочаговый, локализация, клиническая форма.

Основное заболевание: гипертоническая болезнь (стадия), атеросклероз (локализация; кардиосклероз).

Осложнения инфаркта миокарда.

Методы лечения инфаркта миокарда

Направление лечения	Содержание	Показания
Купирование болевого приступа	Морфий, промедол, таламонал, фентанил, дроперидол, аналгин, пипольфен, аминазин, закись азота	Болевой приступ Острая стадия
Восстановление функции миокарда	Строфантин, коргликон, ацедоксин, кокарбоксилаза	Признаки сердечно-сосудистой недостаточности
Противоаритмические	Новокаин-амид, лидокаин, индерал, гилуритмал, кокарбоксилаза, поляризующая смесь, панагин, хлористый калий	Нарушения ритма
Вазопрессоры	Норадреналин, метазон, гидрокортизон, гипертензин	Признаки коллапса
Антикоагулянты	Вначале: фибринолизин, (или стрептаза) с гепарином, затем непрямые антикоагулянты (фенилин, синкумар)	Во всех случаях при отсутствии противопоказаний
Сосудо-расширяющие	Папаверин, ношпа, галидор, интенсаин и др.	Во всех случаях
Физическая реабилитация	Лечебная физкультура, постепенное расширение режима под контролем	После ликвидации острых явлений

Оценка течения и прогноза инфаркта миокарда

Критерии благоприятного течения: быстрое исчезновение болей и сердечно-сосудистых нарушений, нормализация температуры и гематологических показателей, отсутствие осложнений, быстрая эволюция ЭКГ, отсутствие реакций на ЛФК и расширение режима.

Признаки неблагоприятного прогноза: осложнения (сердечная недостаточность, коллапс, нарушения ритма, стойкая тахикардия, аневризма сердца, тромбо-эмболия, высокий лейкоцитоз, повторный инфаркт миокарда, пожилой возраст, сопутствующие заболевания (сахарный диабет, ожирение, пневмонии и др.).

Оснащение занятия:

1. Таблицы: «Классификация инфаркта миокарда», «Дифференциация коронарной недостаточности».
2. Набор медикаментов.
3. Набор ЭКГ.

АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИЙ КАРДИОСКЛЕРОЗ

Схема обоснования диагноза

Диагноз атеросклеротического кардиосклероза требует выявления:

1. Признаков коронарной недостаточности, так как атеросклеротический кардиосклероз является следствием поражения коронарных сосудов.

2. Признаков поражения сердечной мышцы.

3. Признаков атеросклероза.

Признаки коронарной недостаточности в настоящем или в прошлом: стенокардия напряжения или покоя, очаговая дистрофия, мелко- или крупно-очаговый инфаркт миокарда; изменения ЭКГ (депрессия S—T горизонтальной формы, отрицательные зубцы Т в покое или при физических нагрузках).

При частых приступах стенокардии, стойких изменениях ЭКГ предполагается хроническая коронарная недостаточность.

При атеросклеротическом кардиосклерозе возможны безболевые формы коронарной недостаточности. В таких случаях диагноз устанавливается главным образом по динамическим изменениям ЭКГ.

Признаки поражения сердечной мышцы устанавливаются по нарушению различных функций миокарда:

Нарушение функции	Признаки
Сократимости	Расширение сердца влево за счет миогенной дилатации и гипертрофии. Глухость тонов, тахикардия. Ритм галопа. Систолический шум мышечного происхождения. Признаки сердечной недостаточности чаще по левожелудочковому типу (одышка, застой в легких, сердечная астма, стек легких). Гемодинамические показатели (уменьшение ударного и минутного объема, замедление скорости кровотока, увеличение венозного давления). ПКГ: удлинение периода напряжения, укорочение изгнания.
Автоматизма	Снижение толерантности к физической нагрузке
Возбудимости	Синусовая тахикардия, брадикардия и аритмия, узловой и идиовентрикулярный ритм
Проводимости	Экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия (чаще нормо- и брадикардическая формы, хорошо переносится), трепетание предсердий.
	Блокады: сино-аурикулярная, атрио-вентрикулярные, ножек пучка Гиса, полные и неполные

✓ При атеросклеротическом кардиосклерозе могут наблюдаться пороки сердца: стеноз устья аорты (грубый систолический шум во II межреберье справа, систолическое дрожание, гипертрофия левого желудочка), недостаточность митрального клапана (систолический шум на верхушке с иррадиацией в подмышечную область, ослабление I тона, акцент II тона на легочной артерии), перфорация межжелудочковой перегородки (грубый систолический шум и дрожание в средней трети грудины).

Признаки атеросклероза:

Клинические	Лабораторные	Инструментальные
Пожилый возраст. Ожирение, сахарный диабет, микседема. Уплотнение и извитость артерий. Нарушение пульсации. Перемежающаяся хромота	Увеличение холестерина, общих липидов, бета-липопротеинов, угнетение противосвертывающей системы	Уплотнение, расширение и кальциноз аорты. Увеличение скорости распространения пульсовой волны. Осцилло- и реография конечностей

Сочетание различных признаков коронарной недостаточности, нарушения функций миокарда и атеросклероза делает обоснованным диагноз атеросклеротического кардиосклероза.

Клинико-морфологические формы атеросклеротического кардиосклероза

Формы	Особенности
Очаговый (постинфарктный) Ишемический (диффузный) Смешанный Аневризма сердца	Инфаркт миокарда в анамнезе. Рубцовые изменения на ЭКГ Медленное развитие на фоне хронической коронарной недостаточности без инфаркта миокарда. Диффузные изменения ЭКГ В случае развития инфаркта миокарда на фоне диффузного кардиосклероза После обширного трансмурального инфаркта миокарда. Признаки: расширение сердца, эктопическая пульсация, шум «писка»; хроническая сердечная недостаточность, тромбо-эмболии, рентгенологически — вздутие по левому контуру сердца с парадоксальной пульсацией (ЭКИ), монофазная застывшая ЭКГ с места пульсации (QS с подъемом S—T)

Оформление диагноза

Атеросклероз (локализация).

Форма коронарной недостаточности. Клинико-морфологическая форма кардиосклероза.

Нарушение ритма и проводимости. Недостаточность кровообращения (H₀, H₁₋₂₋₃) и ее тип (лево-правожелудочковый).

Схема лечения атеросклеротического кардиосклероза

Основные направления: лечение коронарной недостаточности, нарушенных функций сердца и атеросклероза.

Направление	Содержание лечения	Показания
Лечение коронарной недостаточности	Сосудорасширяющие (папаверин, но-шпа, коронтин, интенсаин, персантин, устимон) Пролонгированные нитриты, бета-блокаторы, анаболические стероиды Мерказолил Антикоагулянты (гепарин, фибринолизин, непрямые) Сердечные гликозиды Кокарбоксилаза Мочегонные (фонуриг, гипотиазид, альдактон, лазикс и др.) Диета	Стенокардия напряжения Стенозирующий коронаросклероз Стенокардия покоя. Прединфарктное состояние Признаки сердечной недостаточности Отеки, застой во внутренних органах
Лечение сердечной недостаточности	Кокарбоксилаза, панангин, хлористый калий, хинидин, новокаиномид, индерал, изоптин, аймалин Электрическая дефибрилляция	
Лечение аритмий		Мерцательная аритмия при неэффективности медикаментозного лечения
Лечение атеросклероза	Диета, с ограничением жира и соли, богатая витаминами. Витамины С, В ₁₂ , никотиновая кислота Противохолестеринемические препараты (атромид, хлорфибрат, диоспонин)	Во всех случаях, особенно при ожирении

При отсутствии явных проявлений коронарной и сердечной недостаточности — лечебная физкультура, осторожная физическая тренировка под контролем (физическая реабилитация), санаторно-курортное лечение в пригородных санаториях.

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация атеросклероза».
2. Набор ЭКГ.
3. Набор медикаментов.

МИОКАРДИТЫ

Схема обоснования диагноза

П л а н

1. Сделать общее предположение о заболевании сердечно-сосудистой системы.
2. Доказать поражение именно сердечной мышцы.
3. Доказать воспалительное происхождение этого поражения.
4. Уточнить клинико-морфологическую форму миокардита.
5. Уточнить этиологию миокардита.
6. Провести дифференциальный диагноз.

С о д е р ж а н и е

1. Общее предположение о заболевании сердечно-сосудистой системы: жалобы на одышку, сердцебиение, перебои, боли в области сердца.

2. Признаки поражения сердечной мышцы: проявления нарушения различных функций миокарда.

Нарушение функции	Клинические признаки	Инструментальные исследования
Сократимости	Расширение сердца (миогенная дилатация). Глухость тонов. Ритм галопа, маятникообразный ритм. Альтернирующий пульс, дефицит пульса, функциональные систолические шумы. Признаки сердечной недостаточности разной степени и формы	Рентген: расширение сердца, ослабленная пульсация. ЭКГ: изменения S—T и T, удлинение систолического показателя, уменьшение вольтажа зубцов. Признаки коронарной недостаточности. ФКГ: уменьшение амплитуды I тона, расщепление и раздвоение тонов, появление III и IV тонов
Автоматизма	Сосудистая недостаточность (гипотония, малый пульс, бледность и пр.). Уменьшение сердечного выброса, замедление скорости кровотока, увеличение венозного давления Тахикардия, брадикардия, аритмия	ПКГ: синдром гиподинамии (удлинение изометрического сокращения и укорочение изгнания), синдром Хегглина. БКГ: патология III, IV степени по Брауну Синусовая тахикардия, брадикардия, аритмия. Гетеротопный ритм (узловой, коронарного синуса, идиовентрикулярный)

Нарушение функции	Клинические признаки	Инструментальные исследования
Возбудимости	Аритмии по типу экстрасистол, мерцательной аритмии Пароксизмальная тахикардия	ЭКГ: экстрасистолы, особенно частые, гетеротопные, би- и тригеминия. Мерцание и трепетание предсердий. Пароксизмальная тахикардия, особенно желудочковая
Проводимости	Аритмия, редкий пульс, «пушечные» тоны, приступы Морганьи-Эдемс-Стокса	Блокады: синоаурикулярная, внутрисердечная, атрио-вентрикулярные разной степени и ножек пучка Гиса.

Во всех случаях характерна нестойкость, динамичность изменений, сочетание нарушений различных функций миокарда, особенно сократимости.

3. Доказательства воспалительного происхождения патологии миокарда:

Клинические	Лабораторные
Связь с инфекцией или аллергическим процессом. Очаговая инфекция. Признаки аллергии и воспалительного поражения, других органов (полиартрит, плеврит, пневмония и пр.). Повышенная температура, ознобы. Эффект лечения антибиотиками и противовоспалительными средствами.	Анализ крови: лейкоцитоз, сдвиг влево, ускорение РОЭ. Биохимические и иммунобиологические исследования: С-реактивный белок, электрофорез белков сыворотки крови, дифениламинная и сиаловая пробы, противострептококковые антитела, антикардиальные антитела.

4. Клинико-морфологическая форма миокардита а) по распространенности:

Очаговый	Диффузный
Изменения ритма и проводимости без признаков нарушения функции сократимости и сердечной недостаточности	Нарушение функции сократимости: расширение сердца, признаки сердечной недостаточности, некоторые нарушения ритма (гетеротопные экстрасистолы, мерцательная аритмия, древовидный блок). ЭКГ: изменения зубцов Р, снижение вольтажа, изменения S—T и T, не связанные с гипертрофией желудочков, удлинение Q—T

б) по течению:

Острый	Подострый	Хронический
Острое начало, выраженные клинические проявления, лихорадка, сосудистая недостаточность. Резкие изменения лабораторных показателей	Постепенное начало, затяжное течение, меньшая степень изменений клинических и лабораторных показателей	Длительное течение, чередование обострений и ремиссий

в) по патогенезу:

Инфекционный	Инфекционно-аллергический	Аллергический
Во время или вскоре после перенесенной инфекции (бактериальной или вирусной). Отсутствие явных признаков аллергической реакции	Через длительное время после инфекции или на фоне хронической очаговой инфекции. Наличие признаков аллергии	На фоне аллергического процесса (кожные проявления, артрит, эозинофилия, кожные пробы, гипергаммаглобулинемия, увеличение гистамина, противомиокардиальные антитела и др.)

5. Этиологическая диагностика:

Вид миокардита	Клинические проявления	Дополнительные исследования
Ревматический	Ангины, полиартрит, порок сердца, эритема, молодой возраст	Противострептококковые антитела и др. ЭКГ: удлинение PQ, экстрасистолы, пароксизмальная тахикардия Анализ крови: малые изменения
Тонзиллогенный	Хронический тонзиллит (декомпенсированный). Длительный субфебрилитет. Отсутствие порока сердца. Обычно очаговый миокардит с малыми проявлениями. Эффект тонзиллоэктомии	
При коллагенозах	Клиника диссеминированной красной волчанки, узлового периартериита, геморрагического васкулита, сывороточной болезни	Показатели, используемые для диагностики коллагенозов
Идиопатический Абрамова-Фидлера	Выраженное увеличение сердца, глухость тонов, аритмии, прогрессирующая сердечная недостаточность, шумы, тромбоэмболии, коронарная недостаточность. Васкулиты	Диффузные изменения ЭКГ: S—T и T, уменьшение вольтажа, тяжелые нарушения ритма и проводимости. Изменения крови воспалительного характера

6. Дифференциальная диагностика:

Заболевание	Близость с, каким видом миокардита	Различия
Хронический тонзиллит	Первичный ревмокардит. Тонзилогенный миокардит	Стойкий монотонный субфебрилитет. Отрицательная пирамидоновая проба. Анализ крови — норма. Низкие титры антител. Отсутствие изменений со стороны сердца при длительном наблюдении. Полиартралгии
Функциональные заболевания сердца	То же	
Миокардитический кардиосклероз	Любые формы	Инфекция в анамнезе, отсутствие динамики, симптомов, нормальная температура и анализы крови
Атеросклеротический кардиосклероз	При болях в области сердца у больных пожилого возраста	Отсутствие связи с инфекцией и признаков воспалительного процесса. Признаки коронарной недостаточности и атеросклероза
Тиреотоксикоз	Первичный ревмокардит	Основной обмен. Исследование с радиоактивным йодом. Зоб. Анализ крови — норма.
Эксудативный перикардит	Идиопатический миокардит	Рентгено- и электрокардиография. Рентгенография стоя и в положении Тренделенбурга (расширение сосудистого пучка). Проба Вальсальвы (объем сердца не изменяется). Ангиокардиография Катетеризация сердца (малые колебания давления в правом желудочке)

7. Формулировка диагноза:

- этиология (если известна) или основное заболевание;
- распространенность (очаговый, диффузный);
- течение (острое, подострое, хроническое);
- нарушение ритма и проводимости;
- наличие и степень сердечно-сосудистой недостаточности.

Схема лечения миокардитов

Направления лечения	Содержание лечения	Показания
<p>Антибактериальные средства</p> <p>Десенсибилизирующие и противовоспалительные</p> <p>Уменьшение проницаемости сосудов</p> <p>Улучшение метаболизма миокарда</p> <p>Лечение сердечной недостаточности и аритмий</p> <p>Санация очаговой инфекции</p>	<p>Антибиотики: Сульфамиды. Учитывать данные бактериологических исследований</p> <p>Салицилаты, пиразолоновые производные, индоцид</p> <p>Стероидные гормоны</p> <p>Иммунодепрессанты (лейкеран, циклофосфан, имуран и др.).</p> <p>Препараты кальция, аскорбиновая кислота, рутин</p> <p>Кокарбоксилаза, АТФ, витамин В₁₂, фолиевая и оротовая кислоты, панангин</p> <p>Сердечные гликозиды</p> <p>Противоаритмические</p> <p>Тонзиллэктомия. Лечение синуситов, отитов, кариозных зубов и пр.</p>	<p>Мета- и параинфекционные миокардиты. Наличие очаговой инфекции</p> <p>Малая активность воспалительного процесса</p> <p>Острое течение, выраженная клиника</p> <p>Тяжелое затяжное течение, выраженные воспалительные и аллергические проявления</p> <p>Во всех случаях</p> <p>Нарушения сократимости миокарда, аритмии</p> <p>Признаки сердечной недостаточности. Аритмии.</p> <p>Наличие очагов инфекции</p>

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация миокардитов».

ПЕРИКАРДИТЫ

Схема обоснования диагноза

I. Сухой перикардит

1. Прямой признак воспалительного поражения листков перикарда — шум трения перикарда. Его особенности: выслушивается поверхностно, в области абсолютной тупости сердца, разного тембра, систоло-диастолический, усиливается при надавливании, наклоне вперед, на выдохе, в сидячем положении. ФКГ: высокочастотный систоло-диастолический шум разной амплитуды.

2. Дополнительные (непостоянные) признаки:

Боль в области сердца (раздражение нервных окончаний в висцеральном листке), постоянного характера, разной интенсивности, с иррадиацией в спину, шею, руки, усиливается при кашле, давлении, не изменяется при приеме нитроглицерина.

ЭКГ признаки субэпикардального повреждения: конкордантное смещение вверх интервала S—T вогнутой формы с последующим появлением отрицательных зубцов T.

Общие признаки воспалительного процесса: повышение температуры, лейкоцитоз, ускорение РОЭ, диспротеинемия, С-реактивный белок, трансаминазы.

Дифференциальный диагноз

Заболевание	Общие симптомы	Различия
Левосторонний сухой плеврит	Боли, шум трения	Шум трения связан с дыханием, более распространен, исчезает при апноэ
Пороки сердца	Возможны систоло-диастолические шумы	Шумы «глубокие», четко связанные с фазами деятельности сердца, не изменяются при надавливании
Инфаркт миокарда	Боли в области сердца, смещение вверх интервала S—T, изменения T	Отсутствие конкордантности смещения S—T и отсутствие зубцов Q

Этиологический диагноз: устанавливается по признакам основного заболевания (инфаркт миокарда, уремия, бактериальные инфекции, туберкулез, коллагенозы, синдром Дресслера, посткомиссуротомный синдром и др.).

Эксудативный перикардит

1. Симптомы увеличения объема полости перикарда:

Клинические	Инструментальные методы исследования
<p>Выбухание грудной клетки, сглаживание межреберных промежутков</p> <p>Ослабление или исчезновение верхушечного толчка или его расположение кнутри от левой границы сердца</p> <p>Расширение сердечной тупости во все стороны, сближение границ относительной и абсолютной тупости. Приглушение тонов сердца.</p>	<p>ЭКГ: снижение вольтажа зубцов во всех отведениях, изменения S—T и T</p> <p>Рентгенологически: увеличение тени сердца, сглаживание дуг и углов, иногда двойной контур, отсутствие или резкое уменьшение пульсации.</p> <p>Рентгено- и электрокимография — нарушение пульсации.</p> <p>Ангиокардиография: относительно малые камеры сердца.</p> <p>Пункция перикарда</p>

2. Симптомы сдавления:

Сдавление	Проявления	Дополнительные исследования
а) верхней поллой вены	Набухание шейных вен без пульсации. Отечность лица, шеи, рук. Цианоз	Увеличение венозного давления до 300—400 мм в. ст.
б) нижней поллой вены	Боли в правом подреберье, диспепсические явления, увеличение печени, отеки ног	Нарушение функции печени
в) пищевода трахеи возвратного нерва г) сердца	Затруднение глотания Упорный кашель Нарушение голоса Уменьшение пульсового давления, парадоксальный пульс	Парез голосовых связок
д) тампонада сердца	Падение АД, тахикардия, малый частый пульс, разлитой цианоз, липкий пот, нарушение сознания	Снижение ударного и минутного объема, высокое венозное давление

3. Общевоспалительные симптомы: лихорадка, лейкоцитоз, ускорение РОЭ и пр.

Этиологический диагноз

Этиология	Особенности
Инфекционно-аллергический (идиопатический)	Молодой возраст, клинические и лабораторные признаки аллергии, доброкачественное течение, обычно без перехода в констриктивный процесс, возможны рецидивы
Туберкулез	Общие признаки туберкулеза, результаты пункции перикарда, выраженная тенденция к переходу в хронический процесс, мало выраженные воспалительные признаки
Ревматизм	Признаки ревматизма, наличие порока сердца (редко)
Сепсис	На фоне фурункулеза, остеомиелита, акушерской патологии; гемокультура, гнойный характер экссудата

Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходные симптомы	Различие
Идиопатический миокардит Миогенная дилатация сердца любого происхождения	Значительное расширение сердца, нарушение пульсации, признаки декомпенсации, снижение вольтажа зубцов ЭКГ	Рентгенография стоя и лежа (размеры не меняются), при пробе Вальсальвы (уменьшение). ЭКГ признаки гипертрофии желудочков. Пункция перикарда. Электрокардиография. Ангиокардиография
Расслаивающаяся аневризма аорты с гемоперикардиумом	Боли в грудной клетке, увеличение размеров сосудистого пучка и сердца	Нарушение кровоснабжения почек (гематурия, анурия), кишечника (непроходимость), нижних конечностей
Гидроперикардиум	Увеличение сердца, глухость тонов, снижение вольтажа зубцов ЭКГ и др.	Предшествующее заболевание сердца или почек, общие отеки, сердечная недостаточность. Пункция перикарда

Хронические слипчивые перикариты

Признаки:	Симптомы
а) стойкой и выраженной правожелудочковой недостаточности (сдавление полых вен) б) сращений сердца и перикарда с грудной клеткой в) поражения перикарда и нарушения функции сердца	Одышка, цианоз, набухание шейных вен, увеличение и цирроз печени, портальная гипертензия (асцит, вены, геморрагии), может быть увеличение селезенки, отеки. Высокое венозное давление, замедление скорости кровотока Неподвижность нижней части грудины (симптом коромысла), систолическое втяжение межреберий, верхушечного толчка, последний не смещается при поворотах. Сближение границ относительной и абсолютной тупости, тупость не изменяется при вдохе и при поворотах. Тоны сердца ослаблены. Рентгенологически — деформация силуэта сердца, неподвижность Снижение АД с уменьшением пульсового давления, уменьшение минутного объема, парадоксальный пульс. Сфигмография: малая амплитуда, медленный подъем; ЭКГ: различные изменения зубцов. Рентген: снижение пульсации, обызвествление.

✓ Главное в диагнозе слипчивого перикардита: сочетание выраженной и стойкой правожелудочковой декомпенсации с ранним асцитом и отсутствие особого увеличения сердца и клапанных поражений.

Схема лечения перикардитов

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Этиологическое лечение	Стрептомицин, изониазид и др. Кортикостероиды, иммунодепрессанты Пенициллин, амидопирин, реопирин, бутадилон Кортикостероиды Антигистаминные Большие дозы антибиотиков	Туберкулез Коллагенозы Ревматизм Инфекционно-аллергические Сепсис
Пункция перикарда		Большие выпоты, особенно признаки тампонады
Сердечные гликозиды	Строфантин, дигоксин, изоланид	Сердечная недостаточность, асцит (мало эффективно)
Мочегонные Парацетез Хирургическое лечение	Новурит, лазикс, альдактон и др. Перикардия	Слипчивый перикардит

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация перикардитов».
2. Набор ЭКГ и рентгенограмм.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Общие особенности врожденных пороков

Показатель	Признаки
Наследственность	<p>Кровное родство и болезни у родителей, аномалии развития у родственников</p> <p>Раннее начало заболевания (шум в области сердца, цианоз, одышка и пр.)</p> <p>Астеническое телосложение, инфантилизм, нанизм. Другие аномалии развития (напр., синдром Марфана, заячья губа и др.). Цианоз. Вторичный эритроцитоз. Пальцы в виде «барабанных палочек». Деформация грудной клетки</p> <p>Сердечный горб. Грубый систолический, реже систоло-диастолический шум и систолическое дрожание с необычной локализацией слева от грудины в области IV—III или II—III межреберий</p> <p>Чаше признаки гипертрофии правого желудочка, легочные зубцы Р, неполная и полная блокада правой ножки, отсутствие аритмий.</p> <p>Норма или преимущественное расширение правых отделов сердца, выбухание легочной артерии, повышенное или пониженное кровенаполнение легких.</p>
Анамнез	
Общие признаки	
Сердце	
ЭКГ	
Рентгенологическое исследование	

Наличие различных сочетаний указанных признаков обычно достаточно для предположения о врожденном характере поражения сердца.

Нозологическая диагностика наиболее частых врожденных пороков сердца.

Принимается во внимание: наличие или отсутствие цианоза, признаков увеличенного или уменьшенного кровенаполнения легких, локализация и иррадиация шума и «кошачьего мурлыканья», увеличение различных отделов сердца.

а) Цианоз:

Выражен	Отсутствует	Непостоянно
Триада Фалло (стеноз легочной артерии, незаращение межпредсердной перегородки, гипертрофия правого желудочка), тетрада Фалло (то же + общая аорта). Синдром Люттембахе (крупный дефект межпредсердной перегородки и митральной стеноз). Комплекс Эйзенменгера (большой дефект межжелудочковой перегородки, общие аорта и легочная артерия)	Изолированный стеноз легочной артерии. Незаращение боталлова протока. Высокий дефект межжелудочковой перегородки (болезнь Толочинова-Роже). Коарктация аорты	Незаращение межпредсердной перегородки

✓ Цианотичные пороки обычно сочетаются с задержкой роста, инфантилизмом, эритроцитозом, «барабанными» пальцами, нарушением внешнего дыхания и встречаются главным образом в детском и юношеском возрасте.

б) Кровенаполнение малого круга:

Принимаются во внимание рентгенологические признаки: ширина и пульсация легочной артерии, выраженность сосудистого рисунка и степень прозрачности легких, наличие кашля, одышка, кровохаркания.

Повышено	Понижено	Без особенностей
Незаращение боталлова протока. Незаращение межпредсердной перегородки. Синдром Люттембахе. Комплекс Эйзенменгера.	Стеноз легочной артерии. Триада и тетрада Фалло.	Незаращение овального отверстия. Коарктация аорты. Болезнь Толочинова-Роже.

в) Локализация шума и дрожания:

Локализация	Вид порока	Иррадиация шума
II—III межреберье слева от грудины	Стеноз легочной артерии. Триада Фалло. Тетрада Фалло. Незаращение боталлова протока	В левую подключичную область В шею, левую руку, межлопаточное пространство
III межреберье	Дефект межпредсердной перегородки Синдром Люттембаше	На всю область сердца В межлопаточное пространство
III—IV межреберье	Комплекс Эйзенменгера. Болезнь Толочилова-Роже	
II межреберье справа	Коарктация аорты	В шею, спину

У При ФКГ исследовании уточняется первичная локализация и характеристика шума. Для всех пороков с сужением отверстия (легочной артерии, аорты) характерен низкочастотный систолический шум ромбовидной формы. Для незаращения боталлова протока — систоло-диастолический шум с максимумом амплитуды в конце систолы и начале диастолы.

г) Увеличение отделов сердца:

(по данным физикального, рентгенологического и ЭКГ исследования)

Правых желудочка и предсердия	Правых отделов и левого предсердия	Левого и правого желудочков	Левого желудочка
Стеноз легочной артерии	Дефект межпредсердной перегородки. Синдром Люттембаше	Незаращение боталлова протока. Комплекс Эйзенменгера. Болезнь Толочилова-Роже	Коарктация аорты

д) Дополнительные диагностические признаки коарктации аорты:

Артериальная гипертония верхней половины туловища	Высокое артериальное давление на руках, головные боли, шум в голове, чувство жара. Сфигмография — малая медленная пульсовая волна
---	---

Продолжение

Гипотония нижней половины тела

Отсутствие или снижение пульсации брюшной аорты, бедренных и других артерий нижних конечностей. Осциллография: отсутствие или снижение осцилляций и осциллографического индекса. Реография: уменьшение амплитуды

Коллатеральное кровообращение

Пульсация и шум в межреберьях, узурация ребер (рентгенография)

Осложнения

Подострый септический эндокардит в месте сужения. Нарушения мозгового кровообращения. Атеросклероз, кардиосклероз, разрыв аорты. Сердечная недостаточность по левожелудочковому типу

✓ Во всех случаях врожденных пороков сердца уточнить наличие и степень функциональных нарушений (легочная и сердечная недостаточность).

✓ В неясных случаях, а также при решении вопроса о хирургическом вмешательстве необходимо проведение ангиокардиографии и зондирования полостей сердца с измерением давления и газометрическим анализом. Указанные исследования позволяют уточнить локализацию, наличие и направление пунктов, рассчитать площадь отверстий.

Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходство с врожденным пороком	Различия
Стеноз устья аорты	Коарктация аорты	Отсутствие гипотонии на нижних конечностях и коллатерального кровообращения
Функциональный систолический шум на легочной артерии	Стеноз легочной артерии. Незаращение межпредсердной перегородки	Отсутствие «кошачьего мурлыканья», увеличения сердца, цианоза и ЭКГ признаков гипертрофии правых отделов сердца

Примечание: При небольшом дефекте межпредсердной перегородки (незаращении только овального отверстия) все признаки органического поражения сердца, за исключением шума, могут отсутствовать. Для диагноза требуется или продолжение наблюдения, или ангиокардиография и зондирование сердца.

Оснащение занятия:

1. Схемы нарушения внутрисердечной гемодинамики при врожденных пороках сердца.
2. Набор ЭКГ, рентгенограмм, ангиокардиограмм.

ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Диагностика и классификация

1. Общие признаки:

а) признаки заболевания сердца с поражением миокарда (миокардит, миокардиосклероз, дистрофия миокарда);

б) признаки нарушения сократительной способности миокарда (расширение сердца, глухость тонов, тахикардия, шумы относительной недостаточности, ритм галопа, изменения фазовой структуры систолы, снижение толерантности к физической нагрузке, изменения минутного и ударного объема, венозного давления и скорости кровотока);

в) метаболические нарушения (гипоксемия, накопление молочной и пировиноградной кислоты, различная степень ацидоза; увеличение восстановленного гемоглобина и др.), цианоз, отеки;

г) признаки нарушения кровоснабжения различных внутренних органов с нарушением их функции.

2. Патогенетические типы хронической сердечной недостаточности:

а) Вследствие повышенной нагрузки на миокард (гемодинамическая):

Патогенез	Заболевания	Общие признаки
Повышение сопротивления оттоку крови	Стенозы клапанных отверстий, артериальная гипертензия, легочное сердце	Гипертрофия миокарда, повышение давления в полости сердца, уменьшение минутного объема, увеличение объема циркулирующей крови и венозного давления, замедление скорости кровотока, отеки и застой во внутренних органах
Увеличение диастолического притока	Недостаточность клапанов	
Усиленная деятельность сердца	Сердце спортсмена	

б) Вследствие первичного повреждения миокарда с нарушением образования или использования энергии (энерго-динамическая):

Патогенез	Заболевания	Общие признаки
Воспаление	Миокардиты	Отсутствие гипертрофии, малое увеличение сердца или миогенная дилатация, уменьшение минутного объема, отсутствие отеков, снижение артериального и венозного давления, масса циркулирующей крови не увеличена, укорочение механической и удлинение электрической систолы; малый эффект сердечных гликозидов
Гипоксия миокарда	Коронарная недостаточность, анемия, заболевания легких	
Интоксикации хронические	Алкоголь, наркотики, промышленные яды	
Болезни с грубыми нарушениями обмена веществ	Болезни печени, почек, эндокринные, авитаминозы, ожоги, голодание и пр. виды дистрофий миокарда	

в) Смешанная — при сочетанном влиянии различных факторов и хроническом течении, например ревматические пороки сердца, атеросклеротический кардиосклероз и др.

✓ 3. Клинические формы хронической сердечной недостаточности:

Формы	Заболевания	Проявления
Правожелудочковая	Митральные пороки, недостаточность трехстворчатого клапана, легочное сердце	Застой в большом круге: набухание шейных вен, увеличение венозного давления, увеличение печени, отеки, трансудаты
Левожелудочковая: а) острая; б) хроническая	Артериальные пороки, гипертония, кардиосклероз, инфаркт миокарда. Митральный стеноз (левопредсердная)	Застой в малом круге: одышка, кашель, кровохарканье, застойные хрипы, пневмосклероз, нарушение внешнего дыхания, уменьшение минутного объема, коллапс
Смешанная тотальная	Поздние стадии заболеваний (кардиосклероз, пороки, миокардиты)	Признаки застоя в большом и малом круге, воротной вене. Кардиомегалия. Нарушение всех гемодинамических показателей

✓ 4. Определение стадии сердечной недостаточности по Г. Ф. Лангу и В. Х. Василенко:

Стадия	Проявления
N ₀	Полная компенсация
N ₁	Одышка и сердцебиение при физической нагрузке, непостоянные небольшие отеки на ногах
N _{2a}	Одышка и сердцебиение при обычных нагрузках. Застой в легких, отеки, увеличение печени
N _{2b}	Одышка в покое, выраженные отеки, цианоз, значительное увеличение печени, асцит, застой во внутренних органах
N _{III}	Анасарка, цирроз печени, дистрофические расстройства. Тотальная декомпенсация

✓ 5. Осложнения сердечной недостаточности:

- а) замедление кровотока, гиперкоагуляция: тромбозы, тромбофлебиты, инфаркты легких, трофические язвы голени;
- б) недостаточность функции почек;
- в) пневмонии и другие интеркуррентные инфекции.

Схема лечения хронической сердечной недостаточности

✓ Средства и методы.

1. Этиологическое лечение:

- а) лечение ревматизма;
- б) лечение гипертонической болезни;
- в) лечение коронарной недостаточности, атеросклероза, гиперкоагуляции;
- г) антибактериальные и бронходилататоры при легочном сердце;
- д) оперативное лечение при пороках сердца и перикардитах;
- е) лечение тиреотоксикоза.

✓ 2. Методы облегчения работы сердца, разгрузки кровообращения:

- а) режим покоя;
- б) уменьшение массы циркулирующей крови: кровопускания;
- в) воздействие на водно-солевой обмен: диета с ограничением натрия и обогащенная калием; мочегонные (фурурит, гипотиазид, спиролактоны, триамтерен, лазикс и этакриновая кислота).

3. Повышение эффективности и экономичности работы сердца — сердечные гликозиды.

✓ Группы сердечных гликозидов:

- а) выраженное брадикардизирующее действие с латентным периодом, слабая инактивация и выраженная способность к кумуляции: дигитоксин, ацетил-дигитоксин;

- б) преимущественно систолическое, быстрое, но короткое действие: строфантин, коргликон;

- в) среднее положение: дигоксин, изоланид.

Признаки терапевтического действия сердечных гликозидов: урежение пульса, уменьшение одышки, цианоза, печени, отеков, увеличение диуреза.

✓ Признаки токсического действия:

- а) желудочно-кишечные нарушения (тошноты, рвоты, поносы);
- б) нарушения функции возбудимости миокарда (экстрасистолы, пароксизмальная тахикардия);
- в) нарушения проводимости и автоматизма (брадикардия, блокады).

✓ Причины токсического действия:

- а) передозировка;
- б) гипокалиемия (плохой аппетит, поносы, диуретики);

Таблица

Характеристика некоторых сердечных гликозидов и схема их применения

Препарат	Полная терапевтическая доза		Квота элиминации	% всасывания	Начало действия	Продолжительность действия	Схема дигитализации (средний вариант)	Поддерживающая доза
	В/в	Per os						
Строфантин	0,8—0,9 мг	—	50%	—	5 мин.	1—1,5 ч.	0,75 мл 5 дней или 1,5—2 мл 3 дня	0,5 мл
Дигитоксин	2 мг	2 мг	7%	100%	25 мин.	4—12 ч.	5—6 табл. 2—3 дня	1/2—1 1/2 табл.
Дигоксин	2 мг	3 мг	20—30%	50—70%	30 мин.	2—5 час.	5 табл. 2 дня 4 табл. 1 день	1—2 табл.
Изоланид	2 мг	5 мг	20—30%	25—30%			8 табл. 3 дня	2—3 табл.
Ацедоксин	2,5 мг	3,0 мг	10%		20—30 мин.	5—20 час.	1,0—0,8—0,6— —0,6—0,6 мг	0,2—0,4 мг

в) олигурия
нации глюкозидов
г) гиперкалиемию).
Мероприятия
а) отмена
б) препарат
зубочная смесь
в) кокаин
г) новокаин
д) атропин
е) натрия
в/в, унитиол 5
Допол
а) лечение
в) улучшение
витамины);
г) уменьшение
средства).
г) лечение
ного).
Тактика ле
1. Недоста
дней или тахи
Всегда соч
а) гипотензи
б) сердечн
в) диурети
При лечении
(насыщающих
держивающих
застоем в воро
гликозидов (с
токсикации пр
ленсации и ур
лечения — мед
син).
Принципы
а) сочетани
б) введение
тельно;

0,2—0,4 мг
5—20 час.
20—30 мин.
10%
3,0 мг
2,5 мг
Ацедоксин

в) олигурия и почечная недостаточность с уменьшением элиминации глюкозидов;

г) гиперкальциемия (при даче больших доз препаратов кальция).

✓ Мероприятия при появлении признаков интоксикации:

а) отмена при тяжелых нарушениях;

б) препараты калия при аритмиях (хлористый калий, поляризующая смесь, панангин);

в) кокарбоксилаза, витамин В₁ в/в;

г) новокаин-амид 0,5—1,0 в/в при частой политопной экстрасистолии или пароксизмальной тахикардии;

д) атропин, эфедрин — при брадикардии;

е) натриевая соль ЭДТА 2 г в 250 мл физиологического раствора в/в, унитиол 5% — 5 мл в/в.

Дополнительные методы лечения сердечной недостаточности:

а) лечение нарушений ритма и проводимости;

✓ б) улучшение метаболизма миокарда (кокарбоксилаза, АТФ, витамины);

в) уменьшение потребности в кислороде (тиреостатические средства).

г) лечение нарушений обмена веществ (белкового, электролитного).

Тактика лечения.

1. Недостаточность кровообращения II—III степени с тахикардией или тахикардитической формой мерцательной аритмии.

Всегда сочетание:

а) гигиено-диетический режим;

б) сердечные глюкозиды;

в) диуретики.

✓ При нелеченной сердечной недостаточности начинать с больших (насыщающих) доз глюкозидов с постепенным переходом к поддерживающим дозам. При тяжелой, угрожающей декомпенсации, с застоем в воротной вене начинать лечение с внутривенного введения глюкозидов (строфантин, коргликон). При отсутствии явлений интоксикации продолжать лечение до исчезновения признаков декомпенсации и урежения пульса до 70 в 1 мин. Для поддерживающего лечения — медленно действующие глюкозиды (дигитоксин, дигоксин).

✓ Принципы лечения диуретиками:

а) сочетание антагонистов альдостерона и натриуретиков;

б) введение достаточного количества калия с пищей и дополнительно;

в) прерываемость лечения, особенно при длительном лечении, для предотвращения электролитных нарушений.

✓ 2. При сердечной недостаточности с медленным ритмом использовать менее брадикардизирующие глюкозиды (строфантин, коргликон, изоланид, препараты адониса) а также атропин, эфедрин, кофеин, диуретики.

✓ 3) При отеке легких — препараты немедленного действия (строфантин, фуросемид).

✓ 4. При легочно-сердечной недостаточности: оксигенотерапия, антибиотики, бронходилататоры, глюкокортикоиды, диуретики (особенно диакарб, фонурит — антагонисты карбоангидразы), небольшие дозы глюкозидов.

✓ 5. При тиреотоксическом сердце главное значение придается тиреостатическим средствам.

✓ 6. При инфаркте миокарда в острую стадию осторожное применение небольших доз сердечных глюкозидов, желательно под мониторным контролем.

✓ 7. При резистентной тяжелой сердечной недостаточности исключить:

а) ошибки диагностики (цирроз печени, гипотиреоз, тиреотоксикоз, полисерозит);

б) ошибки лечения (избыток или недостаток терапии, неадекватный пищевой режим, неиспользование пункций полостей);

в) дополнительные причины (гетеротопные тахикардии, например, трепетание предсердий; повторные легочные тромбоэмболии, легочные инфекции, анемия, почечная недостаточность; гипопроteinемия, электролитные нарушения).

✓ 8. При недостаточности кровообращения I степени главное значение имеют режим, диета, седативные средства, препараты «малого» действия (настой адониса, кардиовален, валокардин и др.) или малые дозы сердечных глюкозидов.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Схема обоснования диагноза

1. Общие признаки функциональных заболеваний сердечно-сосудистой системы:

а) выраженные субъективные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы;

б) отсутствие или скудность объективных симптомов;

в) признаки общего невроза и нарушения тонуса вегетативной нервной системы;

г) исключение других заболеваний с органической основой.

Показатель	Проявления
а) Субъективные расстройства со стороны сердечно-сосудистой системы	Ощущения сердцебиений, перебоев, замирания, снижение толерантности к физической нагрузке. Затруднение дыхания, «ком» в горле, неудовлетворенный вдох. Боли в области сердца, чаще постоянные или длительные, в области верхушки, под левой ключицей, не связанные с физической нагрузкой
б) Объективные симптомы	Размеры сердца не увеличены, тоны нормальные, признаки сердечной недостаточности отсутствуют. Могут быть нарушения ритма (ЭКГ): синусовая тахи- и брадикардия, аритмия, экстрасистолия, иногда пароксизмальная тахикардия; изменения проводимости (атрио-вентрикулярная блокада I степени при брадикардии, синдром Вольф-Паркинсон-Уайта, неполная блокада правой ножки). Сократительная функция (ПКГ, БКГ) не нарушены. Лабильность пульса и артериального давления (гипер- и гипотония), извращенные сосудистые реакции (осциллография, плетизмография)
в) Признаки общего невроза	Нарушение настроения, неуравновешенность, эгоцентризм, раздражительность, несдержанность, быстрая утомляемость физическая и умственная. Расстройство сна. Фобии. Головные боли и головокружения, явления ортостатизма
г) Признаки нарушения вегетативной иннервации и гипоталамической области	Субфебрильная температура, потливость, акроцианоз, ощущения жара и приливов, покраснение или побледнение кожи, изменения дермографизма, неустойчивость и асимметрия кожной температуры

Исключение других заболеваний:

Заболевание	Сходные симптомы	Различия
Первичный ревмокардит (кардиальная форма)	Однотипные жалобы, молодой возраст, субфебрильная температура, нарушение ритма, проводимости	Анамнез. Очаговая инфекция. Признаки воспалительного процесса (ан. крови, иммунологические показатели). Поражение миокарда (ЭКГ, ПКГ)
Недостаточность митрального клапана	Одышка, сердцебиение, систолический шум на верхушке	Увеличение сердца влево, гипертрофия левого желудочка (ЭКГ, рентген), изменения тонов (ФКГ)

Продолжение		
Заболевание	Сходные симптомы	Различия
Коронарная недостаточность	Боли в области сердца	При неврозе—боли в области верхушки, длительные, не связанные с нагрузкой, без иррадации, отсутствие четкого эффекта валидола и нитроглицерина
Тиреотоксикоз (легкой степени)	Тахикардия, субфебрилитет, повышение систолического давления, раздражительность и пр.	Изменение щитовидной железы. Глазные симптомы. Стойкая, а не лабильная, тахикардия. Основной обмен. Исследование с радиоактивным иодом. ПКГ: синдром гипердинамии
Гипертоническая болезнь I ст.	Увеличение артериального давления, головные боли, головокружения	АД выше пределов физиологической нормы. ЭКГ: левограмма. Изменение сосудов глазного дна
Туберкулез	Субфебрилитет, потливость, слабость	Данные рентгеновского исследования. Пробы Пирке, Манту. Анализ мокроты
Инфекционно-аллергический миокардит	Жалобы со стороны сердца, нарушения ритма, субфебрилитет	Очаговая инфекция. Проявления аллергии. Анамнез. Анализ крови, иммунологические показатели

2. Уточнение формы функционального заболевания сердечно-сосудистой системы

а) По патогенезу:

Первичные	Вторичные
Как результат нарушения функций ЦНС, гипоталамической области, вегетативной иннервации (невроз, неврастения)	Рефлекторного происхождения: гастрокардиальный синдром (диафрагмальная грыжа, дивертикул пищевода), гепатокардиальный, тонзилло-кардиальный и др.

6) По клиническим

Тип

кардиальный

гипертонический (гипертензивный) синдром

гипертонический

анемический

3. О ф

Общепринятых обозначений сердечно-сосудистой системы проф. Савицкого: и варианты. Например, к кардиальному типу с наруш

Схема лечения сердца

Направление лечения

медикаментозные средства

ме-

Ур
тру
вай
тре
Са
чен
За
кур
П

6) По клиническим проявлениям (по Н. Н. Савицкому):

Тип	Вариант	Проявления
Кардиальный	Двигательный а) с симпатикотонией	Тахикардия, экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия
	б) с парасимпатикотонией	Брадикардия, замедление проводимости, экстрасистолия
Гипертонический (гиперкинетический) синдром	Чувствительный (кардиалгический)	Боли в области сердца при отсутствии признаков коронарной недостаточности
Гипотонический		Повышение давления, особенно систолического, обычно с тахикардией
Смешанный		Снижение АД ниже 100/60 мм рт. ст. Брадикардия, головокружение, обмороки, вялость, зябкость, холодные влажные руки, капельное сердце
		Сочетание кардиальных и сосудистых расстройств

3. Оформление диагноза

Общепринятых обозначений для функциональных заболеваний сердечно-сосудистой системы нет. Можно пользоваться терминологией проф. Савицкого: нейроциркуляторная дистония с указанием типа и варианта. Например: «Нейроциркуляторная дистония по кардиальному типу с нарушением ритма», в скобках указать вид аритмии.

Схема лечения функциональных заболеваний сердечно-сосудистой системы

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Общегигиенические мероприятия	Урегулирование режима труда и отдыха. Закаливание, ЛФК, физическая тренировка. Санаторно-курортное лечение.	Во всех случаях
Седативные средства	Запрещение алкоголя, курения Психотерапия, препараты брома, валерианы. Транквилизаторы	

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Тонизирующие средства	Кофеин, эфедрин, препараты кальция, фосфора, женьшень, китайский лимонник, пантокрин, кортин, стрихнин, мышьяк	Брадикардия и гипотония
Противоаритмические	Атропин, платифиллин Индерал, хинин, хинидин, новокаинамид, аймалин и др.	Экстрасистолия и брадикардия Экстрасистолия с тахикардией, пароксизмальная тахикардия
Гипотензивные	Резерпин, индерал	Гипертоническая форма, гипердинамический синдром
Аналгезирующие	Валокордин. Анальгин, пирамидон, новокаиновые блокады. Электрофорез: с дионином, новокаином. Токи Бернара	Кардиалгический синдром
Физиотерапия	Ванны: хвойные, морские, кислородные, души, гальванический воротник, ионофорез. Франклинизация	Тонизирующие или успокаивающие в зависимости от температуры и других факторов

Оснащение занятия:

1 Таблица: «Классификация функциональных заболеваний сердечно-сосудистой системы».

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ХРОНИЧЕСКИЕ ГАСТРИТЫ

Схема обоснования диагноза

1. Общее предположение о заболевании желудка диспепсический синдром (снижение аппетита, тошноты, отрыжки, изжоги, рвоты), боли в эпигастральной области.
2. Представление о доброкачественном характере заболевания (длительное хроническое течение, мало нарушенное общее состояние).
3. Оценить особенности клинических проявлений:

Синдром секреторной недостаточности желудка	Синдром ацидоза
Снижение аппетита. Отрыжки воздухом, тухлые или с запахом пищи. Тошноты, рвоты с остатками пищи. Чувство тяжести и давления в эпигастральной области. Мало выраженные боли. Расстройства со стороны кишечника: метеоризм, урчание, поносы	Кислая отрыжка, изжога. Поздние рвоты. Выраженные боли в эпигастральной области, тупые, ноющие, длительные, без четкой связи с едой или поздние. Боли облегчаются от тепла, приема пищи

Преобладание диспепсических расстройств и нерегулярный характер болей, разлитая болезненность в эпигастральной области ориентируют в направлении гастрита определенной формы: с секреторной недостаточностью или сохраненной секрецией.

4. Подтверждение диагноза (дополнительные методы исследования).

Метод исследования	Хронический гастрит	
	с секреторной недостаточностью	с сохраненной секрецией
Желудочный сок	Гипосекреция. Снижение или отсутствие соляной кислоты и пепсина. Тест с гистамином. Слизь, лейкоциты, молочная кислота, остатки пищи, бактерии	Гиперсекреция, нормальная или повышенная кислотность. Слизь, лейкоциты
Рентгеновское исследование	Норма или сглаженный рельеф, ускоренная эвакуация	Грубые ригидные складки Замедленная эвакуация
Гастробиопсия	Гастрит с поражением желез без атрофии или с атрофией, истончение слизистой, развитие соединительной ткани	Поверхностный гастрит (переход цилиндрического эпителия в кубический, клеточная инфильтрация)
Электрогастрография	Гипокинетический тип	Нормо- и гиперкинетический тип

5. Выявление изменений со стороны других органов и систем

	Клинические признаки	Дополнительные исследования
Энтериты, колиты	Поносы, запоры, метеоризм, боли в животе	Ан. кала
Холецистит, гепатит	Увеличение и болезненность печени	Дуоденальное зондирование. Функции печени
Панкреатит	Опоясывающие боли, поносы	Диастаза мочи и крови.
Энтерогенная сенсibilизация	Аллергия к некоторым пищевым продуктам	Ан. кала
Анемия	Железодефицитная или гиперхромная гипорегенераторная	Ан. крови, ретикулоциты, тромбоциты
Нервная система	Астения, ипохондрический синдром, фобии	
Общие нарушения	Похудание, гиповитаминоз	

Появление указанных изменений со стороны других органов и систем является признаком декомпенсированной стадии хронического гастрита.

6. Этиология и патогенез гастрита у данного больного

Экзогенные причины	Эндогенные причины
Нарушение питания. Недостаток витаминов. Интоксикации, бытовые и промышленные	Заболевания эндокринной системы, обмена, кишечника, печени, недостаточность кровообращения, уремия, анемия Аддисон-Бирмера и др.

На основании анамнеза (последовательность развития патологии) и общего исследования решить вопрос о том, является ли гастрит первичным, самостоятельным заболеванием, или вторичным — только проявлением другого основного заболевания, например, заболевания печени или кишечника.

7. Оформление диагноза:

а) клинико-функциональная характеристика хронического гастрита (с секреторной недостаточностью или с сохраненной секрецией);

б) морфологический тип гастрита (поверхностный, с поражением желез без атрофии, атрофический);

в) фаза течения (обострения, ремиссии);

г) стадия (компенсации, декомпенсации с указанием вида осложняющей патологии: холецистит, энтероколит, анемия и пр.).

8. Дифференциальная диагностика

Заболевание

Функциональная диспепсия

Аддисон-Бирмера

Желудка

Схема лечения

Метод лечения

га

живные

лины

терапия

б) При гастрите

Метод лечения

Симптоматическая терапия

Средства

сред-

Симптоматические

8. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Общие признаки	Различия
Функциональная желудочная диспепсия	Диспепсические расстройства	Привычный характер рвоты, аэрофагия, роль психоэмоциональных факторов, признаки невроза. Отсутствие органических изменений (гастробиопсия)
Анемия Аддисон-Бирмера	Диспепсические расстройства, гистаминорезистентная ахлоргидрия	Глоссит. Мегалоцитарная анемия. Стернальная пункция. Фуникулярный миелоз
Рак желудка	Желудочный дискомфорт, нарушение аппетита, ахилия	Данные рентгенологического и гастроскопического исследования. Кал на кровь

Схема лечения хронических гастритов (фаза обострения)

Метод лечения	Содержание
---------------	------------

а) Общие мероприятия

Диета	Стол № 1
Седативные	Транквилизаторы (элениум, триоксазин и др.)
Витамины	В ₁ , В ₂ , В ₆ , С, поливитамины
Физиотерапия	Парафиновые и грязевые аппликации, диатермия, ионофорез

б) При гастрите с секреторной недостаточностью

Метод лечения	Содержание лечения	Показания
Диета	Стол № 1, № 2	Признаки декомпенсации
Заместительная терапия	Желудочный сок, соляная кислота. Пепсин. Ацидол-пепсин. Бета-цид. Панкреатин. Аллохол, холензим. Мексаза	Поносы
Стимулирующие средства	Преднизолон Экстракт алоэ, ФИБС Стрихнин, мышьяк	Ахилия Общие нарушения Артериальная гипотония, гипотония желудка
Противоанемические	Препараты железа. Витамин В ₁₂ . Гемотрансфузии	Анемия

Продолжение		
Метод лечения	Содержание лечения	Показания
в) При гастрите с сохраненной секрецией		
Спазмолитики	Атропин, платифиллин, метацин Но-шпа, папаверин	Болевой синдром, повышенная кислотность
Ганглиоблокаторы	Ганглерон, фубромеган	Неэффективность спазмолитиков Пилородуоденит
Противокислотные средства	Викалин, жженая магнезия, карбонат кальция, алмагель	Повышенная кислотность, признаки ацидизма

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация хронических гастритов».
2. Набор микрофотограмм при гастритах.

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Схема обоснования диагноза

1. Общее предположение о заболевании желудка: боли, связанные с приемом пищи, и болезненность в эпигастральной области, диспепсические расстройства.

2. Данные в пользу язвенной болезни:

а) суточная и сезонная периодичность болей, их уменьшение после рвоты, еды, тепла и щелочей;

б) симптомы ацидизма: кислые рвоты и отрыжка, изжога, запоры;

в) локальная болезненность с мышечным напряжением в эпигастральной области.

Учесть, что в ряде случаев язвенная болезнь может протекать под видом других заболеваний (печени, панкреатита, хронического гастрита), а указанные выше особенности клинических проявлений могут быть при гастрите с повышенной секрецией.

3. Подтверждение диагноза

а) Рентгенологическое исследование (локализация, величина и характер язвы). Прямые признаки: ниша, конвергенция складок.

...ые признаки:
...овышенная се
...естройка рельеф
...стрескопия и гас
...ых на малигниза
...кзла на кровь.

4. Дополни

Язвенная болезнь
двенадцатиперстной кишки

...ые и голодные бо
...раженные диспепси

...ность в правой пол
...астной области, в пи
...стой зоне.
...ная секреция и кислот
...ого сока.

5. Осложне

Осложнения

...ечение

...отация

...воз привратника

...изисперат

...ереход в рак

б) Оформление д
а) локализация язвен
б) стадия заболе
в) осложне

Косвенные признаки: деформации, рубцовое или спастическое сужение, повышенная секреторная и моторная деятельность желудка, перестройка рельефа по гиперпластическому типу.

б) Гастроскопия и гастробиопсия — в неясных случаях, подозрительных на малигнизацию.

в) Ан. кала на кровь.

4. Дополнительные особенности

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	Язвенная болезнь желудка
Поздние, ночные и голодные боли.	Ранние или менее регулярные, длительные боли.
Мало выраженные диспепсические нарушения.	Часто диспептические нарушения.
Болезненность в правой половине эпигастриальной области, в пилородуоденальной зоне.	Болезненность в середине или справа в эпигастриальной области.
Повышенная секреция и кислотность желудочного сока.	Нормальная или пониженная секреция.
Запоры.	

5. Осложнения язвенной болезни

Осложнения	Проявления
Кровотечение	Кровавая рвота, мелена, коллапс, острая постгеморрагическая анемия. Ан. кала на кровь.
Пенетрация	Упорный болевой синдром, иррадиация в спину, рвота не приносит облегчения, кровотечение.
Стеноз привратника	Рентгеновское исследование. Обильные рвоты с остатками пищи, отрыжки тухлым, анорексия, выпячивание и видимая перистальтика в верхней половине живота, расширение желудка, замедленная эвакуация, атония.
Перивисцерит	Постоянный характер болей, связь с движением, физической нагрузкой. Рентгенологически — рубцовые изменения, деформации.
Переход в рак	Снижение аппетита, похудание, слабость. Желудочный сок: снижение секреции и кислотности. Большие, длительно не заживающие, каллезные язвы. Рентгенологическое и гастроскопическое исследование.

б) Оформление диагноза:

- локализация язвенной болезни;
- стадия заболевания (ремиссии или обострения);
- осложнения и сопутствующие заболевания.

7. Дифференциальный диагноз проводится при нетипичной клинике заболевания (хронический гастрит, холецистит, гепатит, панкреатит, рак желудка и др.).

Основой дифференциальной диагностики является учет данных рентгенологического и гастроскопического исследования, а также исследований для исключения других заболеваний.

Схема лечения язвенной болезни

Метод лечения	Содержание	Показания
Режим Лечебное питание Тепловые процедуры	Постельный нестрогий Стол 1а—1б—1 Грелки, аппликации парафина, озокерита, грязи, диатермия	Стадия обострения » Без признаков мышечной защиты и кровотечения
Седативные	Препараты брома, валерианы, снотворные и транквилизаторы	Признаки невроза, особенно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
Спазмолитики	Атропин, платифиллин, метацин, но-шпа, папаверин	Болевой синдром. Гипермоторика и гиперсекреция
Ганглиоблокаторы	Ганглерон, фубромеган, пентамин	Неэффективность спазмолитиков при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
Противокислотные а) всасывающиеся	Бикарбонат натрия, женная магнезия, карбонат кальция	Язвы пилородуоденальной области
б) невсасывающиеся	Трисиликат магния, гидрат окиси алюминия, альмагель (1—2 чайных ложки 4 раза за 30 минут до еды)	Высокая кислотность
в) адсорбирующие	Азотно-кислый висмут. Викалин, ротер (0,5 через 30 минут после еды)	То же
Стимуляция трофических процессов	Метилурацил (метацил), оксиферрискарбон, ДОКСА; биогастрон, ликвиритон (препараты лакрицы), экстракт алоэ, ФИБС. Витамины В ₁ , А. Гемотрансфузии	Язвенная болезнь желудка Более показаны при язвенной болезни желудка
Оперативное	Резекция желудка	Осложнения, каллезная язва. Неэффективность консервативного лечения

Примерные схемы лечения

1. Р—р атропина 0,1% 8 капель 3 раза за 20—30 мин. до еды.
2. Окись магна 0,3
бикарбонат натрия 0,3
карбонат кальция 0,3
азотнокислый висмут 0,3

по 1 порошку 3 раза в день через 1,5 часа после еды

3. Отвар корня валерианы по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день
4. Витамин В₁ 5% — 1,0 подкожно

II. 1. Метацил 1,0 4 раза в день

2. Папаверин 0,04 × 3 раза до еды
3. Альмагель 1 чайная ложка 3 раза за 30 мин. до еды
4. Отвар корня валерианы по $\frac{1}{3}$ стакана 3 раза в день
5. Переливание крови 100 мл 2 раза в неделю

III. 1. Докса 2,0 в/м ежедневно № 5

2. Но-шпа 1 табл. 3 раза за 20 мин. до еды
3. Викалин 1 табл. 3 раза в день через 0,5 часа после еды
4. Элениум 1 табл. 2 раза в день
5. Витамин В₁ 5% — 1,0 подкожно
6. Витамин С 0,1 × 3 раза

Критерии эффективности лечения:

Стойкое исчезновение болей и болезненности, отрицательный анализ кала на кровь, исчезновение или рубцевание ниши.

Оснащение занятия:

1. Набор рентгенограмм, гастропотограмм.
2. Набор медикаментов.

РАК ЖЕЛУДКА

Обоснование диагноза

1. Общие признаки заболевания желудка: диспепсические расстройства, боли в эпигастриальной области.

2. Особенности клинических проявлений.

Варианты клинических проявлений, позволяющие заподозрить злокачественный процесс:

4. Дифференциальный диагноз.

Заболевание	Общие признаки	Различия
Хронический гастрит с секреторной недостаточностью в стадии декомпенсации	Диспепсические расстройства, похудание, анемия, анацидное состояние, нарушения со стороны печени, поджелудочной железы, кишечника	Данные рентгеногастро-скопии. Ан. кала на кровь
Анемия Аддисон-Бирме-ра	Диспепсические расстройства, анацидное состояние, анемия, увеличение печени, неврологические нарушения	То же. Глоссит, фунику-лярный миелоз, ан. кро-ви: лейкоцитоз, тромбо-цитоз, нормальная осмо-тическая резистентность эритроцитов
Каллезная язва желудка	Пожилой возраст. Боль-шая незаживающая яз-ва, снижение секреции, кровь в кале	Динамическое наблюде-ние. Гастроскопия и га-стробиопсия
Полипоз желудка	Кровотечения. Дефект наполнения	Правильная округлая форма дефекта. Рентге-носкопия. Гастроскопия
Язвенный (рубцовый) стеноз привратника	Признаки стеноза при-вратника с расширением желудка, снижение кис-лотности, нарушение эвакуации	Анамнез. Рентгеноско-пия. Операция.
Кардиопазм	Дисфагия	Эзофагоскопия. Атропинизация

5. Оформление диагноза:

- локализация рака (кардиальный отдел, тело, привратник); при гастробиопсии — морфологическая форма (медуллярный, скirr);
- стадия рака, его осложнения (стеноз привратника, кровоте-чение, анемия) и локализация метастазов.

Лечение рака желудка

Во всех случаях при выявлении рака желудка необходимо после полного обследования провести консультацию больного с онколо-гом или хирургом для решения вопроса о хирургическом лечении. Основные признаки операбельности: удовлетворительное общее состояние, отсутствие метастазов, признаков стеноза, пальпируемой опухоли, подвижность желудка.

Симптоматическое лечение: аналгетики и наркотики, лечение анемии, интеркуррентных инфекций, общеукрепляющее лечение. Цитостатическая терапия.

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация рака желудка».
2. Набор рентгенограмм.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

Обоснование диагноза

1. Общие признаки заболевания кишечника: поносы или запоры, боли в животе, вздутие, урчание, переливание.

2. Локализация поражения:

Отдел кишечника	Клинические проявления	Дополнительные исследования
Тонкий	Обильные поносы, нечастые, утром или вскоре после еды, без болей или боли в околопупочной области. Метеоризм, урчание, переливание. Признаки нарушения обмена вещества: похудание, обезвоживание, гипополиавитаминоз, анемия. Остеопороз. Признаки надпочечниковой и гипофизарной недостаточности. Кишечная аутоинтоксикация (головная боль, слабость, снижение работоспособности)	Ан. кала: обилие непереваренных пищевых веществ, отсутствие слизи и лейкоцитов. Ан. крови: анемия, гипо- и диспротеинемия. Гипохолестеринемия. Нарушения электролитного обмена. Недостаток витаминов Д, А, К, РР, В ₁ , В ₂ С. Изменения функциональных проб печени
Толстый	Необильные, но частые поносы, боли, усиливающиеся при дефекации, болезненные позывы. Болезненность на ходу толстого кишечника. Малое нарушение питания	Кал с примесью крови, слизи, лейкоцитов. Данные ирригоскопии, ректороманоскопии
Энтероколит	Нарушение питания, смешанные симптомы	

3. Форма кишечной диспепсии:

Диспепсия	Клинические проявления	Ан. кала
Бродильная	Метеоризм, малое нарушение питания, пенистый с кислым запахом кал Темный со зловонным запахом кал	Много крахмала, клетчатки (лиентеррея), бродильной флоры
Гнилостная		Много непереваренных мышечных волокон (креаторрея), лиентеррея
Жировая	Обесцвеченный кал, глинистого характера	Много нейтрального жира (стеаторрея) жирных кислот, мыл, желчных кислот
Смешанная		Остатки всех видов пищевых веществ

4. Характер функциональных нарушений:

Функцион. нарушения	Клинические проявления	Рентгенологическое исследование
Гипермоторика	Поносы вскоре после приема пищи	Быстрый пассаж бария, ускоренная перистальтика
Спазм	Приступообразные боли, запоры, «овечий» кал	Спастическая гаустрация
Атония	Висцероптоз, запоры	Замедленный пассаж бария, мало выраженная гаустрация
Дискинезия	Боли, запоры, поносы	Сочетание спазмов и атонии

5. Морфологические изменения по данным ректороманоскопии (катарральные изменения, эрозивные, язвенные).

6. Этиология и патогенез заболевания кишечника

Этиология	Разновидности	Признаки
Инфекционные	Дизентерия, брюшной тиф, паратифы, туберкулез, кандидомикоз	Особенности общей клинической картины, серологические и копрологические исследования
Послеинфекционные	Постдизентерийные колиты	Анамнез, данные ректороманоскопии
Паразитарные	Глистные инвазии Лямблиоз Трихомониаз	Ан. кала, желчи на яйца глист и простейшие Анамнез

Продолжение		
Этиология	Разновидности	Признаки
Алиментарные	Нарушение режима и качества питания	Отрицательные копрологические исследования
Вторичные	Гастрогенные (ахилия, резекция желудка, рак желудка)	Желудочный сок. Рентгеноскопия желудка. Анкала: креаторрея, лиентеррея, гнилостная диспепсия
	При заболеваниях поджелудочной железы	Боли, диастаза мочи и крови. Кал: стеаторрея (нейтральные жиры), креаторрея
	При заболеваниях печени с нарушением желчевыделения	Дуоденальное зондирование. Стеркобилин. Кал: стеаторрея (мыла, жирные кислоты)
	При уремии	Токсический энтероколит
С неясной этиологией	Аддисонова болезнь, тиреотоксикоз, диабетическая кома	Нарушение всасывания в кишечнике, обезвоживание и обессоливание
	Неспецифический язвенный колит	Гемоколит, общие нарушения, лихорадка, анемия. Ректороманоскопия, аспирационная биопсия, ирригоскопия
	Болезнь Крона (терминальный илеит)	Признаки энтерита. Рентгенологически: картина инфильтрирующей опухоли подвздошной кишки
	Болезнь Уиппла	

7. Оформление диагноза:

- этиология или основное заболевание при вторичных заболеваниях кишечника;
- локализация процесса (энтерит, колит или их сегменты);
- форма кишечной диспепсии (бродильная, гнилостная, смешанная);
- общие или органические осложнения (дистрофический синдром, анемия и пр.);
- функциональные нарушения (спазм, атония, дискинезия);
- стадия (обострения или ремиссии).

Схема лечения

Метод лечения	Содержание	Показания
Диета	Механическое, химическое и термическое щажение Белковая диета с ограничением углеводов Углеводная диета (2—3 дня)	Период обострения Бродильная диспепсия Гнилостная диспепсия
Этиологическое лечение	Антибиотики (синтомицин, биомицин, тетрациклин, левомицетин, мономицин, неомицин, полимиксин), сульфамиды (сульгин, фталазол, сульфасалазин). Фуразолидон, энтеросептол, мексаформ Эметин, ятрен, аминарсон, осарсол. Акрихин. Фуразолидон Нистатин, леворин, витамин С, пантотеновая кислота	Энтероколиты в стадии обострения, особенно связанные с перенесенными дизентерией и паратифом Амебы, трихомонасы, балантидии. Лямблиоз Кандидомикоз
Заместительное лечение	Соляная кислота, пепсин, желудочный сок, панкреатин, препараты желчных кислот, мексаза, мексаформ. Витамины В ₁ , В ₂ , РР, В ₁₂ , фолиевая кислота	Поносы, особенно гастрогенные
Общеукрепляющие	Переливание плазмы, крови, анаболические стероиды, витамины, препараты мышьяка, стрихнина, железа	Дистрофия, белково-витаминная недостаточность при энтеритах, язвенном колите
Десенсибилизирующие	Антигистаминные (димедрол, супрастин, пипольфен), хлористый кальций	Энтерогенная аллергия
Спазмолитические	Стероидные гормоны Атропин, белладонна, папаверин, но-шпа, галидор, тифен Физиотерапия — тепловые процедуры	Язвенный колит Спазмы, дискинезия
Вяжущие	Карбонат кальция, субнитрат висмута, таннальбин	Водянистые частые поносы
Местное лечение	Клизмы с антибиотиками, гидрокортизоном, витаминами А и Е	Язвенные поражения толстого кишечника
Хирургическое лечение	Колэктомия, ректоколэктомия	Язвенный колит. Кровотечения. Рак

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация заболеваний кишечника».
2. Набор медикаментов.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ

Главные диагностические признаки неспецифического язвенного колита

1. Клинические данные:

- а) анамнез (наследственность, аллергические реакции, перенесенная дизентерия, эндокринные нарушения, начало заболевания (острое или постепенное);
б) симптомы болезни:

Симптом	Характеристика
Кровотечения	Самый ранний и наиболее частый симптом. Кровь в чистом виде или смешанная с калом (кровянистый стул), выделяется почти при каждой дефекации. Возможны острые геморрагии, а также непрерывное просачивание крови («кишечная мокрота»).
Понос	В начале заболевания 1—2 раза в день оформленный стул с кровью и слизью. Позднее кал становится водянистым, а число дефекаций увеличивается от 5 до 20 и больше раз в сутки. Возможны ректальные выделения слизи и крови без стула.
Боли	Часто ректальные тенезмы при поражении прямой кишки и частом стуле. Колющие, схваткообразные боли в подложечной области, в левом квадрате или по всему животу. Обычно возникают перед дефекацией и стихают после таковой.
Общая реакция организма	Слабость, адинамия, мышечная утомляемость, понижение веса, головные боли (зависят от тяжести заболевания и степени токсемии).
Лихорадка	Непостоянный признак. При тяжелых формах температура повышается до 39—40°C.
Физикальное обследование брюшных органов	Часто не показывает какой-либо патологии, кроме болезненности при пальпации нисходящего отдела толстого кишечника и сигмовидной кишки. Толстая кишка может прощупываться как мало подвижная плотная трубка, которую трудно отличить от резко спастического состояния данного отдела кишечника.

2. Лабораторные исследования

Копрограмма

Гемограмма

Биохимические показатели крови:

а) белки

б) холестерин

в) калий

г) кальций

д) сахар

3. Данные инструментального обследования и биопсии

Метод исследования

Ректороманоскопия

Экспираторная биопсия

2. Лабораторные данные:

Исследование	Характер изменений
Копрограмма	При микроскопическом исследовании отмечаются слизь, эритроциты, нейтрофилы, эозинофилы (иногда в значительном количестве)
Гемограмма	Нормохромная или гипохромная анемия при больших кровопотерях. Нейтрофильный лейкоцитоз (иногда с эозинофилией) со сдвигом влево при тяжелых или осложненных формах
Биохимические показатели в крови:	
а) белки	При тяжелых формах, вследствие чрезмерных потерь белка, общее количество белков снижается до 6 и ниже гр% за счет уменьшения преимущественно альбуминов. Повышается количество α_2, β -глобулинов
б) холестерин	Может наблюдаться гипохолестеринемия
в) калий	Гипокалиемия обычно при частом стуле
г) кальций	При тяжелых формах — гипокальцемия (чрезмерное выделение кальция с мочей)
д) сахар	При нормальном уровне сахара натощак отмечается уплощенная гликемическая кривая после нагрузки (нарушение абсорбции углеводов в тонкой кишке)

3. Данные инструментальных методов исследования и биопсии толстого кишечника

Метод исследования	Характер изменений
Ректороманоскопия	Имеет решающее значение для постановки диагноза и определяет степень поражения прямой и сигмовидной кишки I степень: Слизистая отечна, гиперемирована, кровоточит, на поверхности слизь и кровь, петехии, эрозии. Язв и полипов нет II степень: Слизистая резко кровоточит, видны язвы, которые прикрываются слизисто-гнойными или гнойными тяжами III степень: Появление псевдополипов, наряду с описанными изменениями (тяжелое течение заболевания)
Аспирационная биопсия	Уточняет представление о патогистологических изменениях слизистой оболочки толстой кишки, помогает установить фазу заболевания, наступление ремиссии и последующие возможные обострения. Характерны изменения покровного эпителия (уплощение, местами отсутствует), крипт (уменьшение, укорочение, расширение, исчезновение бокаловидных клеток, абсцессы крипт), клеточная инфильтрация стромы

Метод исследования	Характер изменений
Рентгенологическое исследование	Имеет большое значение для диагноза и для установления распространенности патологического процесса. Проводится в период затихания патологических проявлений. Рентгенологически устанавливаются следующие характерные особенности поражения толстой кишки: а) гипертонус мышечного слоя (исчезновение гаустрации); б) уменьшение размеров кишки (укорочение, сужение просвета); в) изменение рельефа слизистой, утрата четкости контуров и гомогенность); г) наличие язвы и полипов

4. Обоснование и формулировка диагноза

Диагностика неспецифического язвенного колита строится по совокупности всех клинических симптомов настоящего заболевания. Однако решающее значение для диагноза имеет ректороманоскопический метод, а для установления протяженности и характера поражения кишечника — рентгенологическое исследование. Когда диагноз неспецифического язвенного колита установлен, нужно определить его клиническую форму, степень поражения слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки, распространенность патологического процесса, а также присутствие и характер осложнений местных и системных.

Классификация неспецифического язвенного колита

I. По клиническому течению и степени тяжести

1. Острая форма:
 - а) обычная;
 - б) молниеносная.
2. Хроническая форма:
3. Хроническая рецидивирующая форма:
 - а) стадия рецидива;
 - б) стадия обратного развития;
 - в) стадия ремиссии;
4. Хроническая непрерывная форма:
 - а) легкая без общих реакций;
 - б) средней тяжести, с умеренной общей реакцией организма;
 - в) тяжелая с выраженной общей реакцией организма.
- II. Тотальное поражение толстой кишки:
 - а) с поражением илеум;
 - б) без поражения илеум.
1. Сегментарное поражение толстой кишки
 - а) правостороннее — слепая и восходящая кишка;

б) поперечное — поперечноободочная кишка;

в) левостороннее — нисходящая кишка, сигма, ректум.

III. По степени поражения слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки:

I степень — отек, гиперемия, кровоточивость, единичные петехии и эрозии;

II степень — то же + множественные петехии и эрозии, единичные язвы;

III степень — то же + обширные язвенные поверхности, псевдополипы.

IV. В зависимости от осложнений

1. Местные осложнения:

а) псевдополипоз;

б) полипоз;

в) сужение просвета толстой кишки;

г) вторичная инфекция слизистой и подслизистой оболочки толстой кишки;

д) перфорация.

2. Системные (общие) осложнения:

а) карциногенез;

б) атриты;

в) флебиты;

г) гепатит, жировая дистрофия печени, циррозы печени;

д) эндогенная дистрофия (нарушение белкового, минерального и витаминного обменов);

е) поражения кожи;

ж) септицемия.

5. Дифференциальный диагноз (проводится со следующими заболеваниями):

1. Бациллярная и амёбная дизентерия.

При этих двух формах не наблюдается начального периода неспецифического язвенного колита: оформленного кала и крови или просто ректального кровотечения при общем хорошем самочувствии и отсутствии каких-либо признаков токсемии. Ректороманоскопическая картина при язвенном колите с характерными по форме язвами и тем более псевдополипами отлична от таковой при дизентерии. Однако при присоединении вторичной инфекции ректороманоскопические изменения представляют значительные трудности для дифференциального диагноза. В этих случаях необходимо исследовать кал и слизь на наличие дизентерийной палочки и амёбы, а также провести соответствующие серологические реакции (агглютинации, связывания комплемента).

2. Простой геморрагический ректит и банальный инфекционный ректит (вызывается протеем).

Эти формы заболевания имеют меньшую интенсивность изменений слизистой оболочки кишки и поражают только анальную часть, не захватывая ампулы прямой кишки. Кроме того, здесь имеет диф-

ференциально-диагностическое значение наступление быстрого излечения от применения антибиотиков и сульфамидов.

3. Туберкулезный язвенный колит.

В этом случае «колитические» проявления возникают (не всегда) у больных, длительно страдающих туберкулезом. Рентгенологически устанавливается обычно поражение слепой кишки. Специфическое противотуберкулезное лечение оказывается эффективным.

4. Терминальный илеит (болезнь Крона).

При болезни Крона поражается главным образом илеум и нет характерных для язвенного колита изменений в дистальных отделах толстой кишки. При пальпации брюшной полости определяется плотная, мало подвижная подвздошная кишка, а рентгенологическое исследование обнаруживает типичный для болезни Крона илеум (картина инфильтрирующей опухоли, «симптом струны»).

5. Полипы врожденного происхождения.

Преобладание врожденного полипоза у детей, исследованное предрасположение (соответствующий семейный анамнез), данные биопсии дают возможность поставить правильный диагноз.

6. Основные направления и содержание терапии

Метод	Механизм действия	Препараты для выписки рецептов
Общеукрепляющая терапия (покой, диета, витамины, переливание крови, седативные препараты)	Направлена на повышение защитных сил организма	а) Витамины: А, Е, К, В ₁ , В ₂ , В ₆ , фолиевая кислота, аскорбиновая кислота; б) транквилизаторы-триоксазин, андаксин, ме-пробамат; в) антигистаминные средства — димедрол, супрастин, пипольфен
Терапия стероидными гормонами	Снижение повышенной тканевой и сосудистой реакции, противовоспалительное действие, уменьшение токсемии, иммунодепрессивное действие	АКТГ, преднизолон, преднизон, кортизон, гидрокортизон, триамсинолон, дексаметазон
Антиинфекционная терапия	Подавление вторичной инфекции	а) Антибиотики — тетрациклин, тетрацилин, неомицин, ауреомицин б) Сульфамидные препараты-сульгин, фталазол, сульфасалазин
Местная терапия	Противовоспалительное действие; стимуляция процессов эпителизации слизистой пораженной кишки	Клизмы с гидрокортизоном, витаминами А и Е (рыбий жир; масло из семян шиповника)

Хирургическое лечение (колэктомия, ректо-колэктомия) показано в следующих случаях: 1) отсутствие какого-либо эффекта от консервативного лечения; 2) распространенность и дальнейшее прогрессирование патологического процесса в пораженной толстой кишке; 3) острая молниеносная форма; 4) устойчивые и массивные кровотечения; 5) перфорации; 6) рак; 7) истинные полипы.

7. Прогноз

Определяется следующими факторами: 1) Возраст. Наибольшая частота смертельных исходов отмечается в детском и в юношеском (до 20 лет) возрасте. В последующие годы жизни количество смертельных исходов уменьшается и вновь повышается у лиц старше 60 лет.

2) Клинические особенности заболевания.

Наибольшую угрозу неблагоприятного последующего течения несет за собой первый тяжелый приступ болезни. Если первоначальные симптомы были легкими, то можно с большой вероятностью ожидать последующее относительно легкое течение болезни. Неблагоприятный прогноз у больных молниеносной формой неспецифического язвенного колита (смертельный исход у 18—27% больных).

3) Протяженность и характер патоморфологических изменений в толстой кишке.

Наилучший прогноз относится к больным, у которых поражение ограничивается прямой и сигмовидной кишкой. Прогноз становится серьезным при распространении патологического процесса на восходящий отдел и на всю толстую кишку.

Главные причины смерти: перфорация кишечника и перитонии, повторные кровотечения, вторичная инфекция, сосудистые тромбозы, рак, нарушения электролитного обмена, эндогенная дистрофия.

8. Трудоспособность

Трудоспособность больных неспецифическим язвенным колитом зависит от формы заболевания, стадий его, лечения, выраженности и распространенности патологического процесса в толстом кишечнике, а также от характера сопутствующих осложнений (местных или общих).

ПАНКРЕАТИТ

Схема обоснования диагноза

1. Острый панкреатит

Признак	Особенности
Боль	Интенсивные, в верхней половине живота, с иррадиацией в спину, левую лопатку, опоясывающие, без выраженного напряжения брюшной стенки, не облегчаются от рвоты и морфина. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу, исчезновение пульсации брюшной аорты в эпигастральной области
Диспепсические расстройства	Рвота, не облегчающая состояния, тошнота, вздутие живота
Коллапс	Рефлекторный, гиповолемический: падение пульса, АД, холодный пот, цианоз, тахикардия
Гиперферментемия	Увеличение диастазы мочи (выше 256) и крови (более 2,9), общей и атоксилрезистентной липазы, трансаминаз, ЛДГ.
Нарушение водно-электролитного обмена	Обезвоживание, уменьшение натрия и кальция (ниже 9 мг%) в крови; изменения ЭКГ: депрессия S—T и отрицательные зубцы T во II—III отведениях
Нарушение внутрисекреторной функции	Гипергликемия, глюкозурия
Нарушение оттока желчи	Желтуха механического типа
Предрасполагающие факторы	Хронический холецистит, желчно-каменная болезнь, язвенная болезнь, ожирение, переедание, алкоголизм
Общевоспалительные симптомы	Повышение температуры, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение РОЭ.

Форма острого панкреатита

Форма	Особенности
Катарральная (отечная)	Более благоприятная клиника
Геморрагическая (некротическая)	Коллапс, уменьшение диастазы мочи и крови, тяжелое течение, осложнения
Гнойная	Гектическая лихорадка, ознобы, поты, гиперлейкоцитоз. Тяжелое течение

Осложнен

Перитонит

Нагноение и прорыв соседние органы
Хронический панкреатит
Сахарный диабет

Признак

Боли

Диспепсические расстр

Общие нарушения

Способствующие факто

Признак

Гиперферментемия

Нарушение внешней секр

Нарушение внутренней

Осложнения острого панкреатита

Осложнения	Проявления
Перитонит Нагноение и прорыв гноя в соседние органы Хронический панкреатит Сахарный диабет	Напряжение брюшной стенки, перитонеальные симптомы, интоксикация Гектическая лихорадка, ознобы, поты, гиперлейкоцитоз. Перфорация и свищи Стойкая гипергликемия и глюкозурия.

2. Хронический панкреатит

Предположение

Признак	Проявления
Боли	Опоясывающего характера, в верхней половине живота. Болезненность в левом подреберье, положительный френикус-симптом слева
Диспепсические расстройства	Рвота, снижение аппетита, тошнота, вздутие живота, поносы, сменяющиеся запорами, жидкий водянистый стул. Плохая переносимость жирных продуктов
Общие нарушения	Похудание, снижение тургора кожи. Анемия
Способствующие факторы	Заболевания соседних органов (язвенная болезнь, желчно-каменная болезнь, цирроз печени, энтероколит), васкулиты, атеросклероз, алкоголизм. Острый панкреатит в анамнезе

Подтверждение диагноза

Признак	Проявление
Гиперферментемия	Увеличение диастазы мочи и крови Увеличение диастазы крови после нагрузки 50 г. глюкозы (выше 2,9)
Нарушение внешней секреции	Снижение панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом, в том числе после раздражителей (эфир, соляная кислота, секретин). Гнилостная и жировая диспепсия. Кал: стеаторрея (нейтральный жир и жирные кислоты), креаторрея, амилоррея. При отсутствии изменений копрограммы — повторное исследование после дачи 50 г. сливочного масла
Нарушение внутренней секреции	Гипокальциемия (ниже 9 мг%). Гипергликемия. Диабетическая сахарная кривая

Формы хронического панкреатита

Формы	Особенности
Болевая	Постоянные боли разной интенсивности в связи с выраженным отеком интерстициальной ткани
Псевдоопухолевая	Болевой синдром, диспепсия, механическая желтуха, увеличение поджелудочной железы
Латентная	Постепенное развитие недостаточности поджелудочной железы без болей
Склерозирующая	Вне- и внутрисекреторная недостаточность, механическая желтуха, выраженная стеаторрея, потеря веса

Стадии: обострения, ремиссии.

3. Дифференциальный диагноз.

Острый и хронический панкреатит чаще развивается на фоне других заболеваний (желчных путей, печени, язвенной болезни, инфаркта миокарда, сахарного диабета и др.), наличие которых не исключает панкреатита. Задача состоит в том, чтобы установить или исключить заболевание именно поджелудочной железы по указанным выше признакам.

Схема лечения панкреатитов

1. Лечение острого и выраженного обострения хронического панкреатита

Направление лечения	Содержание	Дозы
Снижение панкреатической секреции	Голод 3—4 дня, затем химически и механически щадящая пища с резким ограничением жиров.	
Антиферменты	Атропин, платифиллин ; Трасилол, контрикал	1 мл 3—4 раза 10—50000 ед в/в капельно 2—3
Аналгезия (уменьшение спазма сфинтера (Одди))	Пентокоил Фонурит Промедол Паранефральная новокаиновая блокада, новокаин в/в Нитроглицерин, амилнитрит Ганглиоблокаторы, папаверин	0,2 × 3—4 0,25 × 3 0,5% 20—30 мл
Борьба с коллапсом и интоксикацией	Глюкоза 5%, физ. раствор Переливания крови, плазмы Норадреналин, метазон Обильное питье	1—2—3 л в/в 500 мл 1—2 мл

Направление лечения	Содержание	Продолжение
		Дозы
Профилактика и лечение инфекций	Антибиотики: пенициллин, стрептомицин, сикламицин, тетраолеан, мономицин и др. в/м, в/в	В общепринятых дозах
Борьба со рвотой	Отсасывание желудочного содержимого через тонкий зонд Атропин	
Компенсация внутрисекреторной функции	Хлористый натрий Инсулин	10% 10—15 мл в/в В зависимости от величины гликемии

2. Лечение хронического панкреатита (по мере стихания явлений обострения или при нерезком обострении)

Направление лечения	Содержание	Показания
Снижение панкреатической секреции	Диета с ограничением жира, исключением консервов, алкоголя.	
Антиспастические	Атропин, платифиллин. Папаверин, но-шпа, галидор	Болевой синдром
Заместительная терапия	Панкреатин Липокаин Мексаза	Поносы
Желчегонные	Витамины Холензим, никодин, аллохол и др. Дуоденальные зондирования	Холецистит, желчно-каменная болезнь
Антибактериальные	Антибиотики и сульфамиды	Признаки воспалительного процесса. Инфекция желчных путей
Физиотерапия	Электрофорез с новокаином и папаверином	Болевой синдром
Хирургическое лечение		Стеноз сфинктера Одди или общего желчного протока, механическая желтуха, псевдоопухлевая форма

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация панкреатитов».
2. Набор антиферментных медикаментов.

ХРОНИЧЕСКИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Обоснование диагноза

1. Предположение:

Признак	Особенности
Боли в правом подреберье	а) Приступообразные, интенсивные, через 3—4 часа после еды, особенно жирной, с иррадиацией под правую лопатку, правое плечо. б) Ноющие, тупые, усиливающиеся после еды, физической нагрузки с той же иррадиацией, чувство тяжести
Диспепсические расстройства	Рвота, тошнота, отрыжка, вздутие живота, обложенный язык, поносы, запоры
Местные изменения	Болезненность в точке желчного пузыря, особенно на вдохе (симптом Кера), при поколачивании (симптом Ортнера), в эпигастральной области, френикуссимптом (Мюсси), в области солнечного сплетения. Увеличенный желчный пузырь. Увеличение и болезненность печени
Общевоспалительные симптомы	Субфебрильная температура, лейкоцитоз, ускорение РОЭ

2. Подтверждение диагноза

Метод исследования	Диагностические признаки
Дуоденальное зондирование	Лейкоциты более 8—10 в порции «В», слизь, клетки эпителия, клеточный детрит. Лямблии и другие простейшие. Бактерии (посев). Отсутствие рефлекса
Холецистография и холеграфия	Изменение формы, величины желчного пузыря, нарушение эвакуации желчи, камни, стриктуры

3. Изменения со стороны других органов

Орган	Клинические проявления	Дополнительные исследования
Желудок	Диспепсические расстройства, боли	Чаще повышенная кислотность желудочного сока. Изменение рельефа слизистой. Признаки поверхностного гастрита
Кишечник	Поносы, запоры, боли в животе	Кал: стеаторрея. Увеличение диастазы мочи и крови
Поджелудочная железа	Боли в левой половине эпигастральной области	Гипергликемия, диастаза мочи и крови
Сердечно-сосудистая система.	Боли в области сердца, сердцебиения, холецистокоронарный синдром	ЭКГ: могут быть признаки коронарной недостаточности

4. Формы и осложнения

Формы и осложнения	Клиника	Дополнительные исследования
Калькулезный холецистит (желчно-каменная болезнь)	Типичная печеночная колика с переходящей желтухой. Пожилой возраст, ожирение, наследственное отягощение	Гиперхолестеринемия. Билирубин крови. Обзорная рентгенография. Холецистография (били-траст) и холеграфия (билигност). Дуоденальное зондирование (кристаллы холестерина и билирубината кальция)
Закупорка пузыря протока	Увеличение желчного пузыря (водянка, эмпиема)	Билирубин крови. Стеркобилин кала. Уробилин мочи. Щелочная фосфатаза
Хронический гепатит и билиарный цирроз печени	Увеличенная плотная печень, увеличение селезенки, желтуха, зуд, похунданье	Нарушение функциональных проб печени
Холангит острый или хронический	Субфебрилитет, субиктеричность, увеличение печени, болезненность	Изменения в порции «С». Щелочная фосфатаза. Холеграфия

5. Оформление диагноза:

- желчно-каменная болезнь (в случае выявления);
- стадия хронического холецистита (обострения, ремиссии).
- осложнения и сопутствующие заболевания.

6. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Общие симптомы	Различия
Хронический панкреатит	Боли в верхней половине живота, плохая переносимость жирного, желтушность. Поносы, запоры	Признаки нарушения внешней и внутренней секреции панкреас. Отсутствие изменений в порции В и С. Особенности болей
Хронический гепатит другого происхождения	Увеличение и болезненность печени, изменения функциональных проб	Анамнез. Особенности болей. Дуоденальное зондирование
Дискинезия желчных путей	Боли и диспептические расстройства	Отсутствие изменений крови и дуоденального содержимого. Признаки невроза. Лабильность рефлекса. Нарушение тонуса желчного пузыря и ритма желчевыделения
Ревмокардит, тиреотоксикоз	Субфебрилитет, тахикардия, изменения крови	Общие признаки указанных заболеваний. Данные дуоденального зондирования и др.

Схема лечения хронических холециститов

Направление лечения	Содержание	Показания
Антибактериальная терапия	Антибиотики (террамицин, тетрациклин, олететрин, сигмамицин, морфоциклин (в т. ч. интрадуоденально). Фурадонин. Энтеросептол. Санация очагов инфекции.	Усиление болевого синдрома, повышение температуры, лейкоцитоз, ускорение РОЭ
Повышение иммунологической резистентности	Витамины В ₁ , В ₆ , В ₁₂ , С. Гемотрансфузии, аутогемотерапия. Экстракт алоэ. Продигиозан 15—25—50 мкг 1 раз в неделю	Затяжное течение. Малая эффективность антибиотиков. Похудание. Гепатит
Улучшение оттока желчи и моторной функции пузыря	Спазмолитики: атропин, платифиллин, гексоний, нитроглицерин, новокаин, в/в блокады, но-шпа, галидор Холеретики: дехолин, хологон, аллохол, холосас, холензим, никодин, оксафенамид, циквалон, фламин, атофан, минеральные воды Холицистокинетики: сернокислая магнезия (тюбажи), эфирные и растительные масла (ровахол, энатин, олиметин), полиспирты (сорбит, маннит, ксилит), тиосульфат магния	Болевой синдром, гиперкинезия желчных путей
Физиотерапия	Грелки, парафин, озокерит. Диатермия, УВЧ. Электрофорез с новокаином, магнезией, дионином. Диадинамические токи	Признаки холангита, гепатита
Торможение процесса камнеобразования	Диета (стол 5). Производные фенилуксусной кислоты (цетамифен, фенексал, атромид). Стимуляция распада холестерина (тиреоидин)	Гипотония желчного пузыря, застой желчи
		Стадия начинающейся ремиссии.
		Желчнокаменная болезнь. Ожирение. Атеросклероз

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация заболеваний желчных путей».
2. Набор холеграмм.
3. Набор медикаментов.

У 1. Гиперто
У а) Выделить с шум в ушах, наруш
столбчатая гипер
на аорте, ЭКГ при
глазного дна. !
У б) Признаки п
матура, протеину
У в) Показать по
— появление м
риальной гиперто
— некоторые о
кризов, нарушений
носительная стабил
У г) Данные в по
заболевания почек:
— острый нефр
— связь с очаго
— исключение д
д)
Заболевание
Острый нефрит
Хронический пиелонефрит
Желчно-каменная болезнь
Другие урологические за
бания
Аллодоз почек

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК

ХРОНИЧЕСКИЙ НЕФРИТ

Схема обоснования диагноза

✓ 1. Гипертоническая или васкулярная форма

✓ а) Выделить синдром артериальной гипертонии: головные боли, шум в ушах, нарушения зрения, напряженный пульс, систоло-диастолическая гипертония, увеличение сердца влево, акцент II тона на аорте, ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка, изменения глазного дна. |

✓ б) Признаки поражения собственно почек: боли в пояснице, гематурия, протеинурия, цилиндры. |

✓ в) Показать почечное происхождение артериальной гипертонии: |
— появление мочевых симптомов до или одновременно с артериальной гипертонией (анамнез);

— некоторые особенности артериальной гипертонии (редкость кризов, нарушений мозгового и коронарного кровообращения, относительная стабильность). |

✓ г) Данные в пользу хронического диффузного воспалительного заболевания почек:

- острый нефрит в анамнезе;
- связь с очаговой инфекцией, ускоренная РОЭ;
- исключение других возможных заболеваний почек.

д) Дифференциальный диагноз:

Заболевание	Различия
Острый нефрит	Транзиторная гипертония. Отсутствие гипертрофии левого желудочка. Нестойкость симптомов
Хронический пиелонефрит	Дизурические расстройства. Лихорадка. Лейкоцитурия. Проба по Каковскому-Аддису, клетки Штернгеймера-Мельбина. Мало выраженная гематурия и протеинурия. Урологическое обследование (деформация лоханок и чашечек)
Почечно-каменная болезнь и другие урологические заболевания	Приступы почечной колики. Дизурические расстройства. Гематурия. Урологическое обследование
Амфилоидоз почек	Наличие хронического воспалительного заболевания (бронхоэктазы, хронический абсцесс легких, остеомиелит, коллагеноз и др.). Редкость артериальной гипертонии. Увеличение печени и селезенки

✓ 2. Отечно-альбинурическая или нефротическая форма

✓ а) Признаки нефротического синдрома: стойкие выраженные отеки, транссудаты, нормальное или сниженное артериальное давление, высокая протеинурия и цилиндрурия, гипо- и диспротеинемия с увеличением альфа- и бета-глобулинов, фибриногена, холестерина и жирных кислот, ускорение РОЭ.

✓ б) Данные за хроническое воспалительное поражение почек:

— острый нефрит в анамнезе;

— связь заболевания с очаговой инфекцией;

— гематурия, снижение фильтрационной функции (проба Реберга, радиоизотопное исследование);

✓ — отсутствие других заболеваний, при которых могут развиваться дистрофические поражения почек (хроническая пневмония, остеомиелит и др.).

✓ 3. Смешанная форма хронического диффузного гломерулонефрита

Сочетание признаков нефротического синдрома и артериальной гипертонии, подострое злокачественное течение, нейроретинопатия, ранняя почечная недостаточность.

✓ 4. Латентная форма

Только нерезко выраженный мочевои синдром (белок, эритроциты, цилиндры) без отеков и гипертонии.

Исключить:

а) хронический пиелонефрит;

б) амилоидоз почек;

в) застойную почку (заболевание сердца с сердечной недостаточностью).

✓ 5. Фаза течения хронического нефрита:

а) ремиссии- удовлетворительное общее состояние, отсутствие или малая выраженность ренальных и экстраренальных симптомов,

б) обострения (рецидив) — отеки, гипертония, нарастание мочевых изменений, нарушение функции почек, ускорение РОЭ, анемия.

б. Оценка
Стадия

компенсации

относительной
нестабильности

абсолютной
недостаточности

7. Оформлен

а) клиническая

б) фаза течения

в) стадия почечной

г) очаги хронического

Схема

Направление
лечения

с инфекцией

стабилизирующие

модепрессанты

кислотные

6. Оценка функционального состояния почек.

Стадия	Клинические проявления	Дополнительные исследования
а) компенсации	Отсутствие признаков уремии	Проба по Зимницкому - норма. Остаточный азот - норма
б) относительной недостаточности	Исчезновение отеков	Полиурия, никтурия, изогипостенурия. Уменьшение протеинурии, гематурии. Уменьшение фильтрации и реабсорбции (проба Реберга). Остаточный азот - норма или умеренное повышение (до 50 мг%)
в) абсолютной недостаточности	Уремия: анорексия, сухость во рту, тошноты, рвоты, понос, зуд, расчесы, адинамия, вялость, нарушение сознания, плеврит, перикардит, анемия и др.	Увеличение остаточного азота, мочевины, креатина, креатинина, индикана (азотемия). Ацидоз. Нарушение водно-электролитного обмена. Нейроретинопатия

7. Оформление диагноза:

- клиническая форма хронического нефрита;
- фаза течения (обострения, ремиссии);
- стадия почечной недостаточности;
- очаги хронической инфекции.

Схема лечения хронического нефрита

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Диета	С ограничением соли и жидкости, богатая белком, липотропными веществами и витаминами	Отеки, гипертония. Нефротический синдром
Борьба с инфекцией	Санация инфекционных очагов. Антибиотики (пенициллин)	Очаговая инфекция Обострение
Десенсибилизирующие	Стероидные гормоны (преднизон и др.), Хлористый кальций, витамин С, рутин	Обострение без выраженной гипертонии. Нефротический синдром
Иммунодепрессанты	6-меркаптопурин, лейкоран, циклофосфан	Прогрессирующее течение, начальная почечная недостаточность, неэффективность кортикостероидов
Мочегонные	Фонурит, гипотиазид, лазикс, альдактон, новурит. Тиреоидин	Отечный синдром. Нефротический синдром

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Борьба с гипопротейнемией и анемией	Переливание крови, плазмы, аминокислот. Анаболические стероиды. Препараты железа, витамин В ₁₂ , антианемин	Анемия. Потеря веса
Гипотензивные	Аналогично лечению гипертонической болезни, избегая резкого снижения АД	Артериальная гипертония

Лечение хронической почечной недостаточности

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Уменьшение образования продуктов белкового метаболизма	Углеводно-жировая диета с ограничением белков до 0,5—1 г на 1 кг. веса. Обычное количество соли	При отсутствии отеков
Выведение токсических продуктов	Анаболические стероиды (неробол, ретаболил) Обильное питье 2—3 л. Парентеральное введение жидкости (глюкоза, физ. р-р) Промывание желудка, кишечника	При отсутствии отеков, высокой гипертонии и сердечной недостаточности
Борьба с ацидозом	Бикарбонат натрия 2—10 г в сутки, лактат натрия 2—6 г в сутки через рот, внутривенно, в клизме	pH менее 7,33
Диуретики	Гипотиазид, лазикс, альдактон. Ограничение соли	Отеки (внеклеточная гипергидратация)
Внепочечное очищение	Кишечный диализ. Перитонеальный диализ. Искусственная почка. Трансплантация почки	При наличии специализированного отделения

Дополнительное лечение: лечение сердечной недостаточности, артериальной гипертонии, анемии, интеркуррентных инфекций (половинные дозы антибиотиков).

АМИЛОИДОЗ ПОЧЕК

Схема обоснования диагноза

1. Предположение об амилоидозе почек:

а) хронический инфекционно-токсический процесс (туберкулез, нагноительные заболевания легких, остеомиелит, сифилис, малярия, миеломная болезнь, лимфогрануломатоз)

б) признаки поражения почек (отеки почечного типа, умеренная протеинурия, микрогематурия, единичные цилиндры-гиалиновые, зернистые, восковидные).

2. Подтверждение диагноза:

а) нарушение обмена веществ (гипопротеинемия за счет альбуминов, увеличение альфа-2 и гамма-глобулинов, фибриногена, холестерина) (гипохромная анемия, ускорение РОЭ;

б) признаки амилоидоза других органов: печени и селезенки (гепато-лиенальный синдром), кишечника (поносы), гипофиза (кахексия, несахарный диабет), щитовидной железы (гипотиреоз), надпочечников (пигментация, гипотония и др.);

в) проба с конго-рот;

г) особенности поражения почек: длительное сохранение выделительной функции почек, нормо- или гипотония, малое поражение сосудов глазного дна).

3. Варианты клинического течения амилоидоза почек

Вариант	Клинические особенности	Дополнительные исследования
Сочетание с липоидным нефрозом (амилоидно-липоидный нефроз)	Массивные стойкие отеки и транссудаты, артериальная гипотония, олигурия	Выраженная гипопротеинемия, увеличение альфа-2 и бета-глобулинов, холестерина, значительная протеинурия (3—5%), обильный мочевой осадок (лейкоциты, цилиндры, липоиды) при высоком удельном весе. Остаточный азот — норма
Развитие нефросклероза (вторично-сморщенной почки)	Повышение АД, развитие признаков почечной недостаточности, истощение, анемия, интеркуррентные инфекции, геморрагический синдром. Тромбозы сосудов	Снижение удельного веса, изогипостенурия (проба по Зимницкому), увеличение остаточного азота, гипохромная анемия
Первичный амилоидоз	Сердечная недостаточность с увеличением сердца, мышечная слабость, макроглоссия, артрозы, увеличение лимфоцитов, лимфоузлов	Отсутствие явной основной болезни

4. Оформление диагноза:

- а) основное заболевание;
- б) форма амилоидоза почек (чистый или амилоидно-липидный нефроз);
- в) амилоидоз других органов;
- г) состояние выделительной функции почек и осложнения (анемия, кахексия и др.).

5. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходные признаки	Различия
Хронический нефрит	Нефротическая форма. Латентная форма	Наличие основного заболевания. Скудный мочевой осадок. Редко высокая гипертония и поражение сосудов глазного дна.
Хронический пиелонефрит	Лейкоцитурия	Наличие основного заболевания, отеков, нарушения обмена веществ.
Липидный нефроз	Массивные отеки и другие признаки нефротического синдрома	Наличие основного заболевания.

Схема лечения амилоидоза почек

- ✓ 1. Лечение основного заболевания: оперативное (удаление гнойного очага) или консервативное (антибиотики, сульфамиды).
- 2. Повышение общей и иммунологической резистентности организма: полноценная диета, витамины, переливания крови, плазмы, лечение анемии, анаболические стероиды (неробол, ретаболил).
- 3. Мочегонные мероприятия (ограничение соли и жидкости, стероидные гормоны, мочегонные).
- 4. Гипотензивные средства.
- 5. В поздней стадии — лечение хронической почечной недостаточности (см. «Хронический нефрит»).

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЭЛОНЕФРИТ

Схема обоснования диагноза

1. Предположение:

- ✓ а) признаки артериальной гипертонии (головные боли и другие церебральные жалобы, пульс, АД, увеличение сердца влево, акцент II тона на аорте, ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка, изменения глазного дна);

б) указания на инфекцию мочевых путей: дизурические расстройства в настоящем или в прошлом, пиелиты в анамнезе, боли в пояснице, повышение температуры и познабливание при обострении, лейкоцитурия;

в) признаки поражения собственно почек: небольшая протеинурия, микрогематурия, цилиндры, снижение удельного веса (проба по Зимницкому), снижение клубочковой фильтрации (проба Реберга);

г) хроническое течение заболевания с обострениями.

2. Подтверждение диагноза:

а) исследование мочи по Аддис-Каковскому (преобладание числа лейкоцитов под эритроцитами в суточной моче);

б) клетки Штейнменгера-Мельбина в моче;

в) посев мочи и определение возбудителя;

г) раздельное исследование мочи из правой и левой почки (катетеризация мочеточников);

д) внутривенная и ретроградная пиелография (изменения и неравномерность контуров лоханок);

е) функциональные исследования: хромоцистоскопия, радиоизотопное исследование (ренография);

ж) чрезкожная биопсия почек.

3. Определение причины заболевания:

а) самостоятельное, основное заболевание;

б) осложнение других заболеваний: общих (сахарный диабет, сепсис) или местных (стриктуры мочеточника, опухоли мочевого пузыря, предстательной железы, почечно-каменная болезнь).

4. Определение функционального состояния почек: проба мочи по Зимницкому, проба Реберга, остаточный азот.

Признаки почечной недостаточности: уремия, азотемия, полиурия, анемия, упадок питания (см. «Хронический нефрит»).

5. Дифференциальный диагноз проводится с гипертонической болезнью, хроническим нефритом, амилоидозом. Главное отличие: односторонность или неравномерность анатомического и функционального поражения почек и признаки воспаления мочевыводящих путей.

Схема лечения

1. Оперативное лечение: удаление почки (при одностороннем и необратимом поражении), нефротомия (камень) и другие методы восстановления проходимости мочевыводящих путей.

2. Антибактериальная терапия по данным антибиограммы: антибиотики, невиврагол, 5-НОК.

3. Гипотензивные средства.

4. Лечение почечной недостаточности.

ПОСТ

Сх

1. Доказать наличие
2. Доказать наличие
3. Установить форм

1. Общие призна
(а) бледность кожных
ва гемоглобина и эритро
(б) признаки гипоксии
ли, одышка, сердцебие
2. Наличие и при
вка основного за

Локализация

ые

ые

очные

ые

е

е

Ги
лез
дю
Туб
лег
ноз
рак
Язв
жел
гине
рози
Рак
ный

Нефр
Гипер

Дисме
Патол

в всех случаях иметь вв
и заболеваний системы
ть, время кровотечения
ситы, фибриноген и др

БОЛЕЗНИ КРОВИ

ПОСТГЕМОМОРРАГИЧЕСКИЕ АНЕМИИ

Схема обоснования диагноза

П л а н:

1. Доказать наличие анемии.
2. Доказать наличие кровопотери, установить локализацию и причину кровотечений.
3. Установить форму анемии и дать ее гематологическую характеристику.

С о д е р ж а н и е

1. Общие признаки анемии:
 - ✓ а) бледность кожных покровов и слизистых, снижение количества гемоглобина и эритроцитов;
 - ✓ б) признаки гипоксии тканей: слабость, утомляемость, головные боли, одышка, сердцебиение, боли в области сердца.
2. Наличие и причина кровопотери, т. е. диагностика основного заболевания:

Локализация	Заболевания	Методы исследования
Носовые	Гипертоническая болезнь. Болезнь Рандю-Ослера	Риноскопия. Телеангиэктазии
Легочные	Туберкулез, абсцесс легких. Митральный стеноз. Рак легких. Гемоторакс	Ан. мокроты. Рентгенография. ЭКГ. Анамнез. Плевральная пункция
Желудочные	Язвенная болезнь. Рак желудка. Портальная гипертензия. Острые эрозии	Желудочный сок. Рентгеноскопия, эзофагогастроскопия. Ан. кала
Кишечные	Рак кишечника. Язвенный колит. Геморрой	Рентгеноскопия. Ректороманоскопия. Ан. кала. Ректальное исследование
Почечные	Нефрит. Инфаркт почек. Гипернефрома	Ан. мочи. Трехстаканная проба. Урологическое исследование
Маточные	Дисменоррея. Фиброма. Патология родов	Гинекологическое исследование

Во всех случаях иметь ввиду возможность геморрагических диатезов и заболеваний системы крови (общий анализ крови, свертываемость, время кровотечения, ретракция сгустка, протромбин, тромбоциты, фибриноген и др.).

3. Форма и гематологическая характеристика анемии

	Анемия	
	Острая	Хроническая
Кровотечения	Однократные, массивные, могут быть признаки шока, коллапса	Повторные, многократные
Цветной показатель	Нормохромная	Гипохромная
Уровень железа в крови	Различный	Железодефицитная
Размер эритроцитов	Нормоцитарная	Микроцитарная
Степень регенерации крови	Гиперрегенераторная	Гипо- и арегенераторная
Ретикулоциты	Увеличено	Уменьшено
Лейкоциты	Лейкоцитоз	Лейкопения
Дегенеративные формы	Нет или мало	Анизо-пойкилоцитоз

Степень тяжести анемии (легкая, средней тяжести, тяжелая) — по количеству эритроцитов и гемоглобина.

4. Дифференциальный диагноз

В генезе анемии, помимо кровопотери, могут играть значение и другие факторы, например при злокачественных новообразованиях, заболеваниях крови, что проявляется, в частности, в несоответствии величины кровопотери и степени тяжести анемии.

5. Оформление диагноза:

- основное заболевание;
- форма постгеморрагической анемии (острая, хроническая);
- гематологическая характеристика анемии;
- осложнения (коллапс, дистрофия миокарда и др.).

Схема лечения

Направление лечения	Содержание	Показания
Остановка кровотечения	Местные: тампоны со свежей плазмой, тромбином, гемостатической губкой, адреналином, надувной баллон	Наружные и носовые кровотечения
	Общие: переливания крови, плазмы; — пептон, желатина, лошадиная сыворотка, витамин С, хлористый кальций Аминокапроновая кислота Протамин-сульфат Викасол, мефитон Серотонин	Кровотечение из варикозных вен пищевода При всех кровотечениях
		Фибринолиз
		Передозировка гепарина Гипопротромбинемия Болезнь Рандю-Ослера

Направление лечения	Содержание	Продолжение
		Показания
Противошоковые мероприятия	Переливание крови, плазмы, декстранов, физраствора, глюкозы — до 3—4 л. Вазопрессоры (норадреналин, мезатон). Кортикостероиды	Острая анемия, геморрагический шок
Стимуляция эритропоэза и заместительная терапия	Переливание крови и эритроцитарной массы. Препараты железа (восстановленное железо, молочно-кислое, углекислое) в сочетании с аскорбиновой кислотой. Вит. В ₁₂ . Гемостимулин. Ферковен. Феррумлек	Тяжелые гипо- и арегенераторные анемии Во всех случаях постгеморрагических анемий

✓ Во всех случаях необходимо лечение основного заболевания, в том числе хирургическое.

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация анемий».
2. Мазки крови.
3. Набор препаратов.

АНЕМИЯ АДДИСОН-БИРМЕРА

Схема обоснования диагноза

✓ 1. Общие признаки анемии: бледность кожных покровов и слизистых, слабость, утомляемость, головные боли, одышка, сердцебиение, признаки дистрофии миокарда, снижение гемоглобина и эритроцитов.

✓ Особенности: бледность со светложелтушным оттенком, отсутствие похудания, субфебрильная температура, болезненность грудины.

✓ 2. Признаки поражения желудочно-кишечного тракта:

Клинические признаки	Дополнительные исследования
Глоссит. Кариес зубов. Хронический гастрит с секреторной недостаточностью. Поносы, запоры. Иногда нерезкое увеличение печени и селезенки	Желудочный сок: гистамино-резистентная ахилия. Гастроскопия: атрофический гастрит с атрофией желез. Рентгеноскопия: грубый или мелкий рельеф слизистой, снижение тонуса и перистальтики

✓ 3. Поражение нервной системы (фуникулярный миелоз): парестезии и анестезии, ослабление и исчезновение сухожильных рефлексов, снижение вибрационной и температурной чувствительности, атаксия (псевдотабес).

✓ 4. Гематологическая характеристика анемии:

Признак	Проявления
Гиперхромная Макроцитарная Мегалоцитарная Железонасыщенная Гипорегенераторная	Цветной показатель выше 1 Наличие эритроцитов более 9 микрон Мегалобласты, мегалоциты Железо сыворотки крови выше 120 гамма%
С гемолитическим компонентом	Ретикулоцитопения, анизо-пойкилоцитоз, лейкопения, нейтропения со сдвигом вправо, тромбопения Увеличение непрямого билирубина крови, снижение осмотической стойкости эритроцитов

✓ Пункция костного мозга: мегалобластная метаплазия.

5. Оформление диагноза

Указать степень тяжести анемии, наличие анацидного гастрита, фуникулярного миелоза.

6. Дифференциальный диагноз

Заболевания	Общие признаки	Различия
Симптоматические B_{12} -дефицитные анемии: а) Рак желудка б) После гастрэктомии, резекции тонкого кишечника в) Затяжной энтерит, спру г) Гемолитическая желтуха д) Подострый септический эндокардит	Общие нарушения, анацидное состояние, макроцитарная анемия с мегалоцитами » » Бледность с желтушным оттенком, увеличение селезенки, не прямой билирубин, снижение осмотической стойкости, увеличение железа сыворотки крови Лихорадка, анемия, увеличение печени и селезенки, шум в сердце	Истощение. Данные рентгено- и гастроскопии. Единичные мегалоциты, лейко- и тромбоцитоз Анамнез. Отсутствие глоссита и фуникулярного миелоза Поносы, похудание, гиповитаминоз и др. Микроцитоз, гипохромия, отсутствие мегалоцитов, лейко- и тромбоцитоз. Отсутствие глоссита, гастрита, фуникулярного миелоза Отсутствие органического порока сердца, нефрита, эмболий. Данные ан. крови и др.

Схема лечения

Метод	Содержание	Дозы
Устранение дефицита витамина В ₁₂ и фолиевой кислоты	Витамин В ₁₂ в/м Муковит (200—500 гам- ма — В ₁₂ и 0,2 гастрому- копротеина) Антианемин Коамид Фолиевая кислота	100—200 гамма ежеднев- но до ремиссии, 500—1000 гамма при фу- никулярном миэлозе 1 таб. 1—2 раза (под- держивающая терапия) 2 мл в/м 1 т. × 3 0,03 × 3—4
Заместительная желу- дочная терапия	Соляная кислота, пеп- син, желудочный сок, бе- тацид, ацидолпепсин	В обычных дозах

Оснащение занятия:

1. Набор медикаментов.
2. Мазки крови и стерильного пунтката.

ГЕМОЛИТИЧЕСКИЕ АНЕМИИ

Схема обоснования диагноза

А. Хроническая гемолитическая анемия

✓1. Главные признаки: желтуха гемолитического типа, анемия, спленомегалия, иногда увеличение печени. Доказательства гемо-
литического происхождения желтухи: лимонно-желтая окраска ко-
жи, отсутствие зуда, увеличение непрямого билирубина и содержа-
ния железа в крови, плеохромия кала за счет увеличения стерко-
билина, отсутствие желчных пигментов в моче (светлая моча) и
увеличение уробилина мочи.

✓2. Типы хронических гемолитических анемий:

- а) врожденная Минковского-Шоффара (нарушение ресинтеза АТФ в эритроцитах);
- б) врожденная энзимдефицитная (недостаток дегидрогеназы глюкозы 6-фосфата, АТФ-азы или пируваткиназы);
- в) приобретенная аутоиммунная (антиэритроцитарные анти-
тела).

Дифференцирование типов хронических гемолитических анемий:

Показатель	Анемия		
	Минковского-Шоффара	Энзимо-дефицитная	Аутоиммунная
Аномалии скелета	+	++	—
Наследственность	++	++	—
Тяжесть анемии	Нерезкая	Нерезкая	Средней тяжести и тяжелая
Форма эритроцитов	Микросфероцитоз	Макропланцитоз	Нормоцитоз
Осмотическая стойкость	Снижена (норма 0,48—0,32)	Норма	Норма
Регенераторная способность	Повышена	Снижена	Снижена
Ретикулоцитоз	Повышен	М. б. повышен	Не повышен
Лейкоцитоз	Повышен	Понижен	Понижен
Тромбоцитоз	Без особ.	Понижен	Понижен
Спленомегалия	Выраженная	Нерезкая или отсутствует	Имеется
Реакция Кумбса	Отрицательная	Отрицательная	Положительная
Гаммаглобулин	Без особен.	Без особен.	Повышен
Иммуноглобулины	—	—	М, реже С
Эффект кортикостероидов	—	—	Выраженный
Эффект спленэктомии	Выражен	Отсутствует	Отсутствует

3. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходные признаки	Различия
Анемия Аддисон-Бирмера	Анемия, желтушный оттенок, не прямой билирубин, увеличение селезенки	Глоссит, алхоргидрия, фуникулярный миелоз, макроцитоз, мегалобласты и мегалоциты. Стернальная пункция
Аутоиммунные проявления при лейкозах и лимфогрануломатозе	Анемия, желтушность, не прямой билирубин	Увеличение лимфоузлов, бластные клетки в крови и костном мозге

✓ Острые гемолитические анемии

✓ 1. Клинические признаки:

- а) картина остроинфекционного заболевания с лихорадкой до 40°, резкая общая слабость, ознобы, тошнота, рвота;
- б) боли в животе, пояснице, мышцах, головные боли;

✓ в) признаки шока: падение пульса и АД, одышка, цианоз, про-
страция;

г) остро нарастающая гемолитическая желтуха разной интенсивности и анемия;

д) темно-коричневая и черная окраска мочи (гемоглобинурия), олигоанурия, может быть острая почечная недостаточность, острый пиелонефрит, острый тубуло-нефрит.

2. Лабораторные признаки:

а) увеличение свободного гемоглобина плазмы выше 5 мг на 100 мл и снижение свободного гаптоглобина (норма 135 мг%);

б) увеличение непрямого билирубина и гемосидерина крови;

в) гемоглобин и гемосидерин в моче, гематурия;

г) ретикулоцитоз, полихромазия эритроцитов, анизо-пойкилоцитоз, гиперлейкоцитоз с нейтрофилезом;

3. Типы острых гемолитических анемий

Общие причины	Виды	Признаки
Бактериальные и паразитарные Токсические, медикаментозные: а) прямое токсическое действие б) провокация конституционного дефекта после приема медикаментов и других факторов	Анаэробный сепсис. Тропическая малярия Мышьяковистый водород, четыреххлористый углерод, анилин, змеинный яд, грибы и др. ✓ Врожденная энзимдефицитная анемия (недостаток дегидрогеназы глюкозы-6-фосфата)	Сепсис, желтуха, шок, увеличение печени Анамнез ✓ Связь с приемом медикаментов, национальность (евреи, азербайджанцы). Нормальная осмотическая стойкость, отрицательная реакция Кумбса Ночные кризы. Снижение гаптоглобина (норма 135 мг%). Отсутствие спленомегалии. Паницитопения. Повышение свертываемости крови. Тромбозы, Уроинфекции. Проявления аллергии. Антиэритроцитарные антитела. Положительная реакция Кумбса
в) провокации иммуноаллергических реакций	✓ Пароксизмальная ночная гемоглобинурия (болезнь Маркиафава) Медикаментозные гемолитические анемии	
Посттрансфузионные	Переливание групповой и резус — несовместимой крови	
Холодовая гемоглобинурия		Холодовые антитела. Криз при охлаждении

4. Оформление диагноза гемолитических анемий:
- а) течение (острая, хроническая);
 - б) врожденная или приобретенная;
 - в) причина гемолитической анемии;
 - г) осложнения (почечная недостаточность, тромбозы, интеркуррентные инфекции).

У4. Клини
цитоза:

ФОРМЫ

Схема лечения гемолитических анемий

Дластическая

- ## Геморрагическая алейкия

У5. Особое
рое, подострое
данным.

- ✓ 6. Ослож
кишечника, же

У 7. Причини

- ## Этиология

Инфекция

Карциноматоз

- Токсические,
аллергические

- Алиментарные
Радиационные

✓ Распознавание
анамнезу и клини-
ко-аллергически

- 106

циты, ретикулярные и плазматические клетки. Эритроциты и тромбоциты обычно мало изменены.

У4. Клинико-гематологические формы агранулоцитоза:

Формы	Признаки
Пластическая	Отсутствие выраженных изменений со стороны красной крови и тромбоцитов. Миелограмма — умеренное уменьшение элементов миелоидного ряда. Обратимый процесс
Апластическая	Быстрое развитие анемии, тромбопении, геморрагического синдрома. Миелограмма: тотальное опустошение костного мозга. Тяжелое прогрессирующее течение
Геморрагическая алейкия	Сочетание агранулоцитоза и геморрагического синдрома, тромбопении, замедление свертываемости крови, удлинение времени кровотечения, нарушение ретракции кровяного сгустка.

У5. Особенности течения: острейшее (молниеносное), острое, подострое, рецидивирующее — по клинико-гематологическим данным.

У6. Осложнения: сепсис, кровоизлияние в мозг, перфорации кишечника, желудка.

У7. Причины агранулоцитоза:

Этиология	Формы
Инфекция	Стрептококковый сепсис, фузо-спириллез, тяжелые формы брюшного тифа, туберкулез
Карциноматоз	Рак желудка, легких, щитовидной и молочной железы, простаты, гипернефрома
Токсические, токсико-аллергические	Пирамидон, атофан, аналгин, бутаднон, антибиотики (левомецетин), сульфаниламиды, метилтиоурацил, противотуберкулезные (ПАСК, тибон, фтивазид)
Алиментарные Раднационные	Алиментарно-токсическая алейкия Лучевая болезнь

У8. Распознавание причины агранулоцитоза возможно только по анамнезу и клинической картине основного заболевания. При токсико-аллергических формах возможно определение антител.

8. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Общие признаки	Различия
Острый лейкоз	Сходные признаки при лейкопенической или алейкемической форме	Бластные клетки в периферической крови и в костном мозге (миелограмма). Увеличение лимфоузлов, селезенки
Апластическая анемия	Язвенно-некротические поражения при острой форме	Преимущественное по- давление красного кро- ветворения
Злокачественные опухоли с метастазами	Возможна панцитопения, инфекционные осложнения	Онкологическое обследо- вание. Атипические клетки в пунктате костного моз- га или лимфоузлов

9. Оформление диагноза:

- а) клинико-гематологическая форма агранулоцитоза;
- б) этиологический фактор;
- в) основные клинические синдромы;
- г) осложнения.

Схема лечения

Направление лечения	Препараты	Дозы
Гемотерапия	Переливание крови, лучше лейкоцитарной массы	40—80 млн. через 1—2 дня
Гемостимуляторы	Эритроцитарная масса Нуклеиново-кислый натрий Пентоксил Тезан Лейкоген Витамин В ₁₂ Витамин В ₂ , В ₆ Фолиевая кислота	5% 5—10 мл в/м 0,2—0,3×3 0,02×3; 1%—1 мл 0,02×3—4 200—500 гамма
Подавление антител	Преднизолон	0,02×3 50—100 мг до нормали- зации лейкоцитоза
Антибактериальные	Пенициллин Стрептомицин Тетрациклин	1—1,5 млн. ед. 0,5×2 1—1,5 г
Местное лечение	Полоскание рта грамицидином, фурациллином	

Оснащение занятия:

1. Мазки крови.
2. Набор медикаментов.

Схема об

1. Клини

а) призна
покровов и с
селезенки;

б) развит
излияния раз

в) быстро
эффекта лече

2. Лаб

а) Анализ
тенденцией к
отсутствию по
анизопойкило
корение РОЭ
ви), замедле
вяного сгустк

б) Миело
выми элемен
ного мозга, п
Таким об
анемия и опу

3. Причи

Происхожд

Врожденные

Приобретенные

ГИПО-АПЛАСТИЧЕСКИЕ АНЕМИИ

Схема обоснования диагноза

1. Клинические данные:

а) признаки выраженной анемии (резкая бледность кожных покровов и слизистых) без похудания, желтушности и увеличения селезенки;

б) развитие геморрагического синдрома на фоне анемии (кровоточивости разного типа, симптомы жгута, щипка);

в) быстро прогрессирующий характер заболевания и отсутствие эффекта лечения.

2. Лабораторные исследования:

а) Анализ крови: анемия тяжелой степени, нормохромная, с тенденцией к макроцитозу, арегенаторная (ретикулоцитопения, отсутствие полихроматофилов, нормобластов с незначительным анизо-пойкилоцитозом, нейтропения, тромбоцитопения), резкое ускорение РОЭ. Резкое уменьшение гематокрита (разжижение крови), замедление свертываемости крови, нарушения ретракции кровяного сгустка, удлинение времени кровотечения.

б) Миелограмма: скудный пунктат с единичными костно-мозговыми элементами, отсутствие мегакариоцитов (опустошение костного мозга, панмиелофтиз).

Таким образом, основные признаки: тяжелая арегенаторная анемия и опустошение костного мозга.

3. Причины заболевания

Происхождение	Виды анемий	Диагностические признаки
Врожденные	Типа Эрлиха	Возраст 18—30 лет, отсутствие этиологического фактора.
	Семейная — типа Фанкони	Гипопитуитаризм: карликовость, инфантилизм, гипогенитализм, меланодермия
Приобретенные	Лучевая болезнь	Профессиональный анамнез
	Токсические факторы: бензол, динитрофенол, гринитротолуол, цитостатики. Токсико-аллергические (пирамидон, атофан, сульфамиды, ПАСК, тибон, антибиотики). Инфекционные (сепсис, туберкулез, тифы)	Лечение Анамнез, аутоиммунные антитела к клеткам крови Анамнез

4. Оценка течения заболевания

Острые, по типу бурно протекающего септического заболевания, продолжительность жизни несколько месяцев. Подострые и хронические формы с длительностью заболевания от 3—5 до 10—15 лет.

✓ 5. Основные синдромы заболевания: анемический, геморрагический, агранулоцитарно-септический, гемолитический.

6. Дифференциальный диагноз

✓ Дифференциальный диагноз при апластических анемиях очень важен, так как все имеющиеся симптомы являются неспецифическими.

Заболевание	Общие симптомы	Различия
Анемия Аддисон-Бирмера.	Хорошая упитанность и переносимость анемии, панцитопения.	Наличие желтушности (непрямой билирубин), глоссита, ахилии, функционального миедоза, спленомегалии
Агранулоцитоз и геморрагическая алейкия	Лейко- и нейтропения, геморрагический синдром	Последовательность развития заболевания: вначале лейко- и тромбопения, затем анемия
Алейкемические лейкозы и ретикулезы	Анемия, кровоточивость, панцитопения	Увеличение селезенки и лимфоузлов. Бластные клетки в пунктате костного мозга, лимфоузлов, селезенки
Злокачественные новообразования с метастазами в костный мозг	Тяжелая анемия, прогрессирующее течение заболевания, отсутствие эффекта лечения	Полное онкологическое обследование (легкие, почки, молочная, щитовидная железы, простата, кости, желудок). Похудание. Чаше эритробластоз и лейкомоидная реакция. Миелограмма: атипичские раковые клетки

7. Оформление диагноза:

а) патогенетическая форма апластической анемии, этиологический фактор;

б) течение (острое, подострое, хроническое);

в) основные клинические синдромы).

Направление леч

1. Заместительная
держивающая тера

2. Медуллотерапия

3. Стимуляция гемо

4. Противогеморра
кие

5. Профилактика и
ние септических ос
нений

6. Десенсибилизиру

7. Хирургическое

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Клас

2. Набор мазков к

✓ 1. Признаки о
течением (недомо

✓ 2. Признаки, п
ие крови:

а) язвенно-некр

гина, стоматит, гин

✓ б) геморрагиче

легочные, кишечны

мы жгута, шипка)

в) анемия разн

г) увеличение л

✓ 3. Подтвержден

Схема лечения

Направление лечения	Содержание	Показания
1. Заместительная и поддерживающая терапия	Переливание крови (лучше одногруппной, резус-совместимой), эритроцитарной массы 2—3 раза в неделю	Общие
2. Медуллотерапия	Трансплантация костного мозга от доноров	Полная неэффективность терапии
3. Стимуляция гемопоэза	Витамин В ₁₂ , антианемин, фолиевая кислота (до 200 мг), витамин В ₆ 50 мг в/м, пантотенат кальция 0,1 в день, коамид	Общие
4. Противогеморрагические	Хлористый кальций, глюконат кальция, витамин К, С, рутин. Тромбоцитарная масса	Геморрагический синдром
5. Профилактика и лечение септических осложнений	Комбинация антибиотиков	Септические осложнения
6. Десенсибилизирующие	Кортикостероиды, большие дозы	Приобретенные анемии с аутоиммунным генезом, гемолитическим компонентом
7. Хирургическое	Спленэктомия	Гипопластическая анемия с гемолитическим компонентом.

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация анемий».
2. Набор мазков крови и костного мозга.

ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ

Обоснование диагноза

✓ 1. Признаки общего тяжелого заболевания с прогрессирующим течением (недомогание, слабость, адинамия, бледность) и септическими проявлениями (высокая лихорадка, ознобы, поты).

✓ 2. Признаки, позволяющие предположить системное заболевание крови:

а) язвенно-некротические изменения (гнойно-некротическая ангина, стоматит, гингивит, периодонтит, остеомиелит);

б) геморрагический синдром (кровотечения: кожные, носовые, легочные, кишечные, маточные, в мозг, в сетчатку и другие симптомы жгута, щипка);

в) анемия разной степени, тромбоцитопения;

г) увеличение лимфоузлов, селезенки, печени.

✓ 3. Подтверждение диагноза:

✓а) анализ крови: бластные клетки (гемоцитобласты, миэлобласты, миэлоциты), «лейкемический провал», резкое ускорение РОЭ;

✓б) пунктат костного мозга или трепанобиопсия: гемоцитобластная или миэлобластная гиперплазия, угнетение красного кроветворения.

✓4. Морфологический тип острого лейкоза: гемоцитобластоз, миэлобластоз, лимфобластоз, эритромиэлоз, плазмноклеточная лейкемия.

✓5. Гематологическая форма: лейкемическая, лейкопеническая, алейкемическая (нормальная лейкограмма).

6. Стадия заболевания

Стадия	Проявления
Скрытая	Отсутствие клинических проявлений, начальные гематологические изменения Общее недомогание, слабость, бледность, субфебрильная температура, боли в горле, кровоточивость десен, увеличение шейных лимфоузлов, боли в костях Выраженная клиническая и гематологическая картина Кахексия, резкая анемия, вторичные инфекционные осложнения (бронхиты, пневмония, геморрагический плеврит), дистрофия органов
Начальная	
Развернутая	
Конечная	

7. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Общий симптомы	Различия
Агранулоцитоз	Язвенно-некротический синдром, геморрагии, лейкопения, анемия	Бластные клетки в периферической крови. Миэлограмма: метаплазия и гиперплазия бластных клеток. Отсутствие увеличения лимфоузлов, селезенки
Апластическая анемия	При алейкемической форме острого лейкоза	Миэлограмма, трепанобиопсия. Пункция лимфоузлов
Хронический лейкоз	Сходные признаки при обострении	Наличие промежуточных форм клеток крови, более значительное увеличение лимфоузлов, селезенки и печени

8. Оформление диагноза:

- морфологическая форма острого лейкоза;
- гематологическая форма;
- стадия заболевания;
- преобладающие клинические синдромы и осложнения.

Направление т

Цитостатические средства

Стероидные гормоны
Борьба с анемией

Гемостатические

Борьба с инфекцией

Комбинированное лечение

Примечания
лейкемической формы
мией. Лечение цито-
ролем.

Оснащение занятия

1. Таблица: «Кл
2. Мазки крови
3. Набор медика

1. Общие п

✓а) Главные п
темном заболев
ные лимфоузлы
ность кожных по

крови), может б

✓б) Общие на
костях, изменени

ганов: сердца (д

ты), желудочно-к

ралгии, фуникуля

Схема лечения острых лейкозов

Направление терапии	Препараты	Доза
Цитостатические средства	6-меркаптопурин (антагонист пуриновых оснований)	2—2,5 мг на 1 кг веса
	Аметоптерин (метотрексат) — антагонист фолиевой кислоты	5 мг × 4
	Эндоксан (циклофосфан) — производное хлорэтиламинов	200—400 мг в/в
	Винкрестин (алкалоид тропического растения)	0,1 мг на 1 кг веса 1 раз в неделю
Стероидные гормоны	Преднизолон	до 60—80 мг в день
Борьба с анемией	Переливания крови, эритроцитарной массы, трансплантация костного мозга	
Гемостатические	Хлористый кальций, витамин С, К, тромбоцитарная масса	
Борьба с инфекцией	Комбинация антибиотиков	
Комбинированное лечение	Винбластин	Циклофосфан
	Амстоптерин	Аметоптерин
	Меркаптопурин	Меркаптопурин
	Преднизолон	Преднизолон

Примечание. Все цитостатики противопоказаны при лейкопенической и алейкемической формах лейкозов, а также в конечной стадии с выраженной анемией. Лечение цитостатиками проводится под регулярным гематологическим контролем.

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация лейкозов».
2. Мазки крови и костного мозга.
3. Набор медикаментов.

ХРОНИЧЕСКИЕ ЛЕЙКОЗЫ

Схема обоснования диагноза

1. Общие признаки хронических лейкозов

А) Главные признаки, позволяющие сделать предположение о системном заболевании крови: увеличенные плотные и безболезненные лимфоузлы различных групп, сплено- и гематомегалия, бледность кожных покровов и слизистых, анемия различной степени (анемия крови), может быть геморрагический синдром.

Б) Общие нарушения: слабость, похудание, лихорадка, боли в костях, изменения кожи (инфильтраты, зуд, дерматиты, эритродермия, опоясывающий лишай), изменения со стороны различных органов: сердца (дистрофия), легких (затяжные пневмонии, плевриты), желудочно-кишечного тракта (поносы), нервной системы (невралгии, фуникулярный миелоз) и др.

в) Подтверждение диагноза.

✓ Анализ крови: бластные клетки с промежуточными генерациями, различная степень анемии, ускорение РОЭ. Лейкемические, сублейкемические, лейкопенические и алейкемические формы.

✓ Миелограмма, трепанобиопсия, пунктат лимфоузла, селезенки: гиперплазия и нарушение дифференциации миелоидной или лимфоидной ткани.

2. Стадии течения лейкозов

Стадия	Проявление
Скрытая	Отсутствие клинических проявлений.
Начальная	Начальные изменения гемограммы
Развернутая:	Общее состояние не нарушено или мало нарушено. Умеренные изменения гемограммы и органов.
а) фаза ремиссии	Выраженные клинико-гематологические симптомы. Улучшение состояния, нормальная температура, уменьшение органов, улучшение гемограммы.
б) фаза обострения	Нарушение общего состояния, лихорадка, увеличение лимфоузлов, и органов, анемия, геморрагический синдром, инфаркты селезенки, ухудшение гемограммы, нарастание бластных форм. Острый аутоиммунный синдром: высокая лихорадка, гемолитическая желтуха, анемия, набухание лимфоузлов (при лимфолейкозе)
Конечная	Кахексия, осложнения (тромбозы, геморрагии, инфекционные процессы и др.)

3. Клинико-гематологическая характеристика

Форма	Клинические особенности	Гематологические признаки
Миэлолейкоз	Значительное увеличение селезенки и печени, более тяжелое течение	Ан. крови: миэлобласты, миэлоциты и другие клетки нейтрофильного ряда базофилы, эозинофилы. Суб- или алейкемическая картина крови, иногда эритробластоз, тромбоцитоз. Длительные ремиссии. Непостоянная гемограмма
Остеомиелосклероз и миелофиброз	Более доброкачественное многолетнее течение. Выраженная сплено- и гепатомегалия. Изменения костей (утолщение, сужение канала, уплотнение губчатого слоя)	
Лимфолейкоз	Более пожилой возраст, многолетнее течение. Генерализованное увеличение лимфоузлов плотно-тестоватой консистенции, в том числе мезентериальных, медиастинальных. Меньше увеличение печени и селезенки. Чаше поражения кожи	Чаше лейкемические или сублейкемические формы. Преобладание лимфобластов, тени Боткина Гумпрехта. Медленное развитие анемии Аутоиммунные кризы

4. Дифференцирование

Заболевание

Лейкемоидные реак

Цирроз печени с ге-
динальным синдромом

Лимфогрануломатоз

Лимфо- и ретикулоса
иатоз

пластическая анемия

Острый лейкоз

5. Оформлен

а) гематологиче
лимфолейкоз

б) форма (лейк

в) стадия и фаза
г) осле

осложнения.

4. Дифференциальный диагноз

Заболевание	При какой форме лейкоза	Различия
Лейкемоидные реакции	Миэлоидный лейкоз (сублейкемический)	Наличие основного заболевания (туберкулез, сепсис, метастазы). Отсутствие лимфоузлов, печени и селезенки. Нестойкость и обратимость изменений. Нет увеличения базофилов и эозинофилов. Очень большие размеры печени и селезенки, гемограмма, изменения костей, миэлограмма
Цирроз печени с гепатолиенальным синдромом	Миэлоидный лейкоз, особенно остеомиэлосклероз, в терминальной стадии с асцитом	Лейкопения, отсутствие клеток Боткина-Гумпрехта. Узлы разной плотности. Лихорадка, кожный зуд, эозинофилия. Клетки Березовского-Штернберга
Лимфогрануломатоз	Лимфолейкоз, особенно алейкемические формы, с висцеральными лимфоузлами	Большие опухолевидные образования с прорастанием. Тяжелое течение. Миэлограмма (норма), биопсия лимфоузлов
Лимфо- и ретикулосаркоматоз	Алейкемические формы хронических лейкозов	Отсутствие увеличения лимфоузлов, печени, селезенки. Миэлограмма
Апластическая анемия	»	Анамнез. Наличие промежуточных форм лейкоцитов. Значительное увеличение лимфоузлов и органов
Острый лейкоз	Фаза обострения хронического лейкоза, бластный криз	

5. Оформление диагноза:

- гематологический тип хронического лейкоза (миэлолейкоз, лимфолейкоз, остеомиэлосклероз);
- форма (лейкемическая, суб-и алейкемическая, лейкопеническая);
- стадия и фаза (обострения, ремиссии);
- осложнения.

Схема лечения хронических лейкозов

1. Общие методы

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Подавление лейкемической пролиферации	а) Цитостатические средства (см. ниже) б) Рентгенотерапия	Стадия развернутой клинической картины Большие опухолевые разрастания, сдавление органов
Борьба с анемией	в) Стероидные гормоны (преднизолон, триамсинолон, дексаметазон) Переливание крови, эритроцитарной массы. Витамин В ₁₂ , фолиевая кислота, антианемин. Трансплантация костного мозга	Фаза обострения, аутоимунный криз
Борьба с инфекцией	Комбинация пенициллина и стрептомицина. Антибиотики широкого спектра действия. Гамма-глобулин	В зависимости от степени анемии
Стимуляция лейкопоэза	Тезан, пентоксил, лейкоген, нуклеиновокислый натрий. Переливание лейкоцитарной массы	Фаза обострения. Вторичные инфекционные процессы
Противо-геморрагические	Хлористый кальций, рутин, аскорбиновая кислота, викасол, переливания крови, преднизолон	Лейкопенические формы. Передозировка цитостатиков Геморрагический диатез

2. Химиотерапевтическое лечение отдельных форм

Миэлолейкоз

Препарат	Группа	Доза
Миэлосан (милеран) табл. 2 мг	Производное сульфоновой кислоты	При лейкоцитозе выше 250000—200000—3—4; 100000—2—3; менее 100000—1 табл. 1—2—0,5 табл.
Миэлобромол табл. 250 мг	Дибромманнитол	
Допан табл. 2 мг	Хлорэтиламин	3—5 табл. 1 раз в 5—7 дней
6-меркаптопурин	Пуриновый антиметаболит	150—200 мг (при бластном кризе)
Митомицин (аурантин)	Антибиотик из группы актиномицетов	1 ампл. (500 гамма) 1—2 дня

Рентгенотерапия

При большой спленомегалии и умеренном лейкоцитозе

Лимфолейкоз:

Лейкеран
(хлорамбуцил,
флорбутин)
табл. 5 мг

Циклофосфан (эндоксан)

Дегранол амп.
50 мг

Дипин

Хлорэтиламин

»

Производное
этилениминов

»

2—3 табл. в день, 2 табл.
в 7—14 дней при сублей-
кемической стадии или
для поддержания тера-
пии
200—400 мг в/в через
день
30—40—50 мг в день в/в,
поддерживающая доза
1 амп. в неделю
5 мг в/в, в/м ежедневно,
через день

Рентгенотерапия

При ограниченных опухолевых формах (мезенте-
риальные, медиастинальные)

Все цитостатические средства противопоказаны в начальную и конечную стадию, при лейкопенических и алейкемических формах, резкой анемии. Возможна первично-сдерживающая терапия в начале формирования стадии развернутой клинической картины. Необходим регулярный гематологический контроль и проведение поддерживающей терапии. Во всех случаях комплексное лечение (раздел А).

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация лейкозов».
2. Набор мазков крови и костного мозга.
3. Набор препаратов.

БОЛЕЗНЬ ВЕРЛЬГОФА (ХРОНИЧЕСКАЯ РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКАЯ ПУРПУРА)

Схема обоснования диагноза

✓1. Признаки геморрагического диатеза: множественные кожные кровоизлияния (спонтанные или после микротравм) носовые, из десен, легочные, желудочно-кишечные, почечные, маточные. Положительные симптомы жгута и шипка.

✓2. Постгеморрагическая анемия (бледность, снижение гемоглобина и эритроцитов), увеличение селезенки.

✓3. Подтверждение диагноза. Анализ крови: тромбоцитопения без выраженных изменений других форменных элементов. Резкое замедление ретракции кровяного сгустка, удлинение времени кровотечения (норма 1,5—2 минуты по Дукке), некоторое замедление времени свертываемости крови (норма 8—12 мин по Мас-Магро).

Миелограмма: замедление созревания мегакариоцитов и нарушение образования тромбоцитов без заметного изменения других элементов.

Дать гематологическую характеристику анемии при хроническом течении болезни Верльгофа: обычно хроническая постгеморрагическая анемия, гипохромная, железодефицитная, гипорегенераторная (ретикулоциты, полихроматофилы, анизо-пойкилоцитоз и др.)

4. Формы болезни Верльгофа

Неиммунная	Иммунно-аллергическая
Чаще у женщин молодого возраста. Обычно хроническое рецидивирующее течение. Дефицит тромбоцитопозитического фактора или угнетение тромбопоэза (увеличенная селезенка)	Обычно острое или подострое течение. Связь заболевания с инфекцией, интоксикацией, приемом медикаментов. Антитромбоцитарные антитела. Хороший эффект кортикостероидных гормонов. Другие аллергические проявления

5. Дифференциальный диагноз проводится с симптоматическими тромбоцитопениями и геморрагическим диатезом при других заболеваниях.

Заболевания	Общие симптомы	Различия
Апластическая анемия (геморрагическая алейкия)	При выраженной постгеморрагической анемии у больных с болезнью Верльгофа	Вначале лейкоциты и тромбоциты не изменены. Затем — панцитопения, опустошение костного мозга. Селезенка не увеличена
Острый лейкоз (алейкемическая форма)	Геморрагический синдром, тромбопения	Язвенно-некротические поражения, увеличение лимфоузлов, печени, селезенки. Миелограмма: гиперплазия клеток белого ряда. Анемия, неадекватная кровопотери.
Лучевая болезнь	»	Анамнез. Одновременное изменение красной крови и лейкоцитов.
Метастазы рака в костный мозг	Геморрагический синдром, тромбопения	Клиника опухолевого процесса. Анемия. Онкологическое исследование. Атипические клетки в костном мозге

Схема лечения болезни Верльгофа

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Борьба с тромбоцитопенией	Спленэктомия	Все упорные тромбоцитопенические кровотечения, угрожающие жизни и не поддающиеся обычному лечению
	Стероидные гормоны (преднизолон 60—100 мг)	Все формы, особенно с иммуно-аллергическим генезом
	Переливания тромбоцитарной массы	
Гемостатические средства	См. «Постгеморрагическая анемия».	
Борьба с анемией	»	

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация геморрагических диатезов», схема свертывания крови.

ЭРИТРЕМИЯ (БОЛЕЗНЬ ВАКЕЗА)

Обоснование диагноза:

1. Клинические признаки эритроцитоза:

✓ а) пурпурно-красное лицо и слизистые с цианотическим оттенком;

✓ б) головные боли, головокружение, нарушенное зрение, артериальная гипертензия, признаки гипертрофии левого желудочка;

в) увеличение селезенки и печени (гепато-лиенальный синдром);

г) отсутствие заболеваний, вызывающих гипоксемию.

✓ 2. Подтверждение диагноза.

Анализ крови: увеличение количества эритроцитов свыше 5,5 млн. без изменения их формы и размера и гемоглобина; лейкоцитоз до 15—20000, иногда со сдвигом влево, умеренный тромбоцитоз, замедление РОЭ. Дополнительные данные: увеличение вязкости крови, гематокрита и массы циркулирующей крови. Железо сыворотки крови не изменено или снижено.

Миелограмма: пролиферация красного кроветворения с преобладанием молодых базофильных форм, гиперплазия всех трех ростков.

Глазное дно: темно-красное с расширенными венами.

3. Уточнение стадии заболевания и осложнений

Стадия	Проявления
Начальная	Красное лицо, кожный зуд. Состояние мало нарушено
Развернутая	Головные боли, головокружение, нарушения зрения. Выраженный эритроцитоз. Увеличение печени и селезенки. Артериальная гипертензия
Конечная	Осложнения: а) геморрагии и тромбозы (инсульт с гемиплегией, инфаркт миокарда, тромбоз артерий нижних конечностей, мезентериальных сосудов, воротной вены, синдром Хиари; б) цирроз печени; в) трансформация в миелоидный лейкоз или остеомиелосклероз.

4. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходные симптомы	Различие
Вторичный эритроцитоз при врожденных пороках сердца и хронических легочных заболеваниях	Багрово-синюшная окраска кожных покровов, увеличение количества эритроцитов и гемоглобина, замедление РОЭ, увеличение гематокрита	Клиника указанных заболеваний (рентген, ЭКГ и др.) Лейкоциты и тромбоциты не изменены. «Барабанные палочки». Снижение кислородного насыщения крови
Эритромиелоз (болезнь Гутьельмо)	Эритроцитоз и другие симптомы	Качественно измененные эритроциты (эритробласти), миелоциты. Злокачественное течение
Злокачественные опухоли (почки, мозжечка)	»	Гематурия, урологическое обследование. Рентгенография черепа. Глазное дно

Схема лечения эритремии

Направление	Содержание	Дозы
Подавление эритремической пролиферации	Имифос Миелосан Радиоактивный фосфор P^{32}	50 мг в сутки в/м 4—6 мг в сутки 3—5 мС
Уменьшение массы эритроцитов Антикоагулянты	Кровопускания. Гепарин, синкумар, фенилин	по 400—500 мл 1 раз в неделю

Лечение химиотерапевтическими средствами проводится под контролем анализов крови. При приближении к нормальным показаниям — поддерживающие дозы.

Оснащение занятия:

1. Мазки крови и костного мозга.
2. Препараты.

Схема об

1. Выдел
2. Призн
- а) упорные
- б) резкое у
- в) признаки

Синдром

Поражение костей

Нарушение обмена

Поражение почек (ломная почка)

Ретикулярно-плазмноклеточная метаблазия пролиферация

4. Ана

Формы

Диффузная

Диффузно-узловая

Солидарная

МИЭЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ (БОЛЕЗНЬ РУСТИЦКОГО-КАЛЕРА)

Схема обоснования диагноза

У 1. Выделить симптомы, характерные для общего тяжелого злокачественного заболевания с прогрессирующим течением: нарастающая слабость, похудание, стойкая лихорадка, анорексия, анемизация.

У 2. Признаки, позволяющие заподозрить миеломную болезнь:

У а) упорные боли в костях, спонтанные переломы, костные деформации, корешковые симптомы;

У б) резкое ускорение РОЭ, нормоцитарная анемия гипорегенераторного типа, лейкопения, ретикулоцитопения;

У в) признаки поражения почек: белок, цилиндры, лейкоциты, снижение удельного веса.

3. Подтверждение диагноза

Синдром	Проявления
Поражение костей	Рентгенография: остеопороз, остеолит, остеосклероз, деформации, переломы. Округлые дефекты костной ткани без репаративных процессов и обызвествления. Череп: «дырявый», «выеденный молью», «выбитый пробойником». Эпифизы: «мыльные пузыри», «пчелиные соты». Деформация и уплощение позвонков
Нарушение белкового обмена	Увеличение общего белка крови и глобулинов с уменьшенным коэффициентом А/Г. Электрофорез, иммунофорез (парапротеины, иммуноглобулины С, А или Д). Микромолекулярный белок Бенс-Джонса в моче
Поражение почек (миеломная почка)	Амилоидоз (нефроз выделения) с различной степенью недостаточности функции почек (ан. мочи по Зимницкому, проба Реберга, остаточный азот, глазное дно). Хронический пиелонефрит
Ретикулярно-плазматическая метоплазия и пролиферация	Стернальная пункция: большое количество ретикулярных и плазматических клеток (плазмобласты, плазмциты, типичные плазматические клетки). Ан. крови: ретикулярные и плазматические клетки (метод лейкоконцентрации)

4. Анатомическая характеристика

Формы	Проявления
Диффузная	Остеопороз или отсутствие рентгенологических изменений. Может быть увеличение печени, селезенки, лимфоузлов
Диффузно-узловая	То же и признаки остеолита (дефекты костной ткани, переломы), костные деформации
Солидарная	Узловые, опухолевые изменения, изменения миелограммы могут отсутствовать

5. Гематологическая характеристика

Тип	Проявления
Алейкемический	Наиболее часто. Отсутствие ретикулоплазматических клеток в периферической крови. Панцитопения
Сублейкемический	Небольшой лейкоцитоз за счет ретикулоплазматических клеток
Лейкемический	Плазмоклеточная лейкемия по типу острого лейкоза. Острое течение, лихорадка, анемия, геморрагический синдром, увеличение печени, селезенки, лимфоузлов. Некротическая ангина.

Стадия	Проявления
Скрытая	Отсутствие клинических проявлений. Только начальные рентгенологические изменения и нарушения белкового обмена
Начальная	Отдельные симптомы заболевания при удовлетворительном общем состоянии
Развернутая	Развернутая клиническая картина
Конечная	Осложнения: кахексия, тяжелая анемия, переломы костей, интеркуррентные инфекции, почечная недостаточность, геморрагический синдром

6. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Общие симптомы	Различия
Раковые метастазы в кости (желудок, простата, молочная, щитовидная железа, рак легких)	Общие нарушения, анемия, костные изменения	Онкологическое обследование (рентгеноскопия, гастроскопия, радиоизотопное обследование). Отсутствие нарушений белкового обмена и миелограммы
Парапротеинемия Вальденстрема Апластическая анемия	Гиперпротеинемия Гипо-или арегенераторный характер анемии с лейкопенией	Геморрагии, увеличение лимфоузлов, селезенки Отсутствие изменений тромбоцитов
Первичные заболевания почек	Протеинурия, изменения мочевого осадка, нарушение выделительной функции почек	Анамнез: отсутствие отеков, гиперхолестеринемии. Другие признаки миеломной болезни
Гипернефрома	Изменения мочи, лихорадка, ускорение РОЭ, костные изменения	Урологические обследования. Отсутствие других признаков миеломной болезни. Гематурия
Коллагеноз	Общие нарушения, лихорадка, ускорение РОЭ, плазмоклеточная реакция	Кожно-суставные изменения. Рентгенологические и другие показатели

а) ана
б) гем
в) стад
г) осло

Стадия

Начальная ст

Развернутая
Диффузно-узел
форма

Узловая форма
Солидарная м
Плазмоклеточн
мия
Во время ц
ской терапии
Конечная

Оснащение зан

1. Таблица:
2. Рентгеног
3. Набор цит

7. Оформление диагноза:

- а) анатомическая форма;
- б) гематологическая форма;
- в) стадия течения;
- г) осложнения.

Схема лечения

Стадия и форма	Направления терапии	Содержание лечения
Начальная стадия	Активное диспансерное наблюдение. Гемостимулирующие Общеукрепляющие	Гемотрансфузии, препараты железа, витамины группы В, С, анаболические стероиды (неробол, ретаболил)
Развернутая стадия Диффузно-узловая форма	Подавление лейкемической пролиферации	Сарколизин 5—10 мг внутрь, в/в. Циклофосфан (эндоксан) 100—400 мг в/в, в/м. Тренимон 3—5 мг через день
Узловая форма	»	Рентгенотерапия. Радиоактивный фосфор
Солитарная миелома	»	Стероидные гормоны
Плазмоклеточная лейкемия		Гемотерапия, анаболические стероиды
Во время цитостатической терапии	Профилактика и лечение инфекций	Антибиотики
Конечная	Аналгетики	Промедол, морфий, анальгин, индоцид
	Лечение переломов	Препараты кальция, витамин Д ₂ , вытяжение

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация миеломной болезни».
2. Рентгенограммы, мазки крови и стерильного пункциата.
3. Набор цитостатических препаратов.

✓1. Пред
ческие к
мии:

✓а) парокс
ческого и диа
жет быть экстр

✓б) головны
ния;

✓в) повыше
леднение или
те, тошноты, р

✓г) отсутств
в периоде меж

✓Кризис про
зической нагру
цией и сопровож
дания.

2. Подтверж

✓Во время кри
а) лейкоциты
козурия;

✓б) проба с ре
чем на 35/25 мм

Тоже после введе
В периоде меж

а) провокация
почек, холодовой
0,05 мг, адреналин
дозы препарата —

б) пальпирует
в) повышенное
мкг в сутки) или п

г) оксисупраре

БОЛЕЗНИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ

ФЕОХРОМОЦИТОМА

Схема обоснования диагноза

✓1. Предположение о феохромоцитоме. Периодические кризы с симптомами гиперкатехоламинемии:

✓а) пароксизмальная гипертония с резким повышением систолического и диастолического давления, сердцебиение, тахикардия, может быть экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия;

✓б) головные боли, возбуждение, чувство страха, нарушение зрения;

✓в) повышение температуры, озноб, дрожание, потливость, побледнение или покраснение лица, губ, боли в груди, пояснице, животе, тошноты, рвоты;

✓г) отсутствие нарушений, в том числе артериальной гипертонии в периоде между кризами.

✓Кризы провоцируются психо-эмоциональным возбуждением, физической нагрузкой, обильным приемом пищи, энергичной пальпацией и сопровождаются обильным мочеиспусканием после их окончания.

2. Подтверждение диагноза.

✓Во время криза:

а) лейкоцитоз, эозинопения, лимфоцитоз; гипергликемия, глюкозурия;

✓б) проба с реджитином (фентоламином): снижение АД не менее, чем на 35/25 мм после введения 5 мг/мин препарата в 5% глюкозе. Тоже после введения 1 мл 2% тропифена.

В периоде между кризами:

а) провокация приступа: пальпацией, гальванизацией области почек, холодной пробой (вода +4°), введением гистамина в/в 0,05 мг, адреналина (для повышения давления требуются большие дозы препарата — до 2 мл 0,1% раствора);

б) пальпируется опухоль;

в) повышенное выделение с мочой катехоламинов (норма 15—30 мкг в сутки) или повышенное их содержание в крови;

г) оксисупраренография.

3. Клинические формы:

Формы	Проявления
Типичная	Пароксизмальная гипертония с нейровегетативными и обменными нарушениями на фоне нормального артериального давления
Кризисы на фоне постоянной гипертонии	Клиника гипертонической болезни с кризисами, но с характерными нейровегетативными и обменными нарушениями. Необходимы дополнительные исследования
Феохромобластная	Обычная клиника на фоне симптомов, свойственных злокачественным новообразованиям: лихорадка, кахексия, ускорение РОЭ, признаки метастазирования
Сочетание с другими эндокринными нарушениями	Стойкий сахарный диабет. Синдром Иценко-Кушинга. Гипофизарная кахексия

Осложнения:

✓а) во время криза: острая сердечная недостаточность по левожелудочковому типу; острое нарушение мозгового кровообращения, кровоизлияние в сетчатку;

✓б) при длительном течении: стойкая артериальная гипертония, ретинопатия, нефросклероз с почечной недостаточностью; раннее и более резкое развитие атеросклероза, коронарная недостаточность, инфаркт миокарда, кардиосклероз.

4. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Общие симптомы	Различия
Гипертоническая болезнь	Гипертонические кризы	Повышенное АД между кризами. Отсутствие гипергликемии, лихорадки, лейкоцитоза. Фармакологические пробы. Определение катехоламинов или их метаболитов
Почечная гипертония	Во время кризов может быть альбуминурия, цилиндры	Редкость кризов. Более выраженные и стойкие изменения мочи. Нарушение функции почек
Тиреотоксикоз	Повышение тонуса симпатической нервной системы, тахикардия, гипертония и др.	Систолический характер гипертонии. Меньшее выделение катехоламинов (главным образом норадреналина). Исследование с радиоактивным иодом
Диэнцефальные кризы	Аналогичная картина кризов	Главное отличие — экскреция катехоламинов, оксисупраренография

5. Офо

а) добр
б) форм
в) осло
г) сопут

1. Во в
тин (фентол
амилнитрита

2. Вне
живные по п

3. Опер

✓а) призна
кринному тип
ринемия, гипе
✓б) артери
го желудка
✓в) дистро
сухость кожи
атрофией мыш
✓г) нарушен
олигоаменорр
кожи;
д) изменен
фопения;
✓е) нарушен
гипокалиемия,
✓ж) нарушен
латентный (пр
✓з) гормона
рона, 17-оксик

5. Оформление диагноза:

- а) доброкачественная или злокачественная опухоль;
- б) форма: пароксизмальная или стационарная;
- в) осложнения;
- г) сопутствующие эндокринные нарушения.

Схема лечения

1. Во время кризов — адренолитические средства: реджиптин (фентоламин) 0,5% — 1,0; тропafen 2% — 1 мл в/м; ингаляция амилнитрита; резерпин 1% — 1—2 мл в/в, в/м.

2. Вне кризов те же препараты внутрь, или другие гипотензивные по принципу лечения гипертонической болезни (см.)

3. Операция — удаление опухоли.

СИНДРОМ ИЦЕНКО-КУШИНГА

Схема обоснования диагноза

I. Общий диагноз:

✓а) признаки нарушения жирового обмена: ожирение по эндокринному типу, «лунообразное» лицо с покраснением, гиперхолестеринемия, гиперлипемия;

✓б) артериальная гипертония, головные боли, гипертрофия левого желудочка, изменения глазного дна;

✓в) дистрофические нарушения: стрии (мясо-красные полосы), сухость кожи, остеопороз, выпадение волос, тонкие конечности с атрофией мышц;

✓г) нарушения со стороны половых желез: гирсутизм, вирилизм, олигоаменоррея, угри, нагноительные и грибковые заболевания кожи;

д) изменения крови: эритроцитоз, лейкоцитоз, эозинопения, лимфопения;

✓е) нарушения минерального обмена: увеличение натрия крови, гипокалиемия, гипокальциемия;

✓ж) нарушение углеводного обмена: сахарный диабет, явный или латентный (проба с сахарной нагрузкой);

✓з) гормональные нарушения: увеличение кортизола, альдостерона, 17-оксикортикостероидов и 17-кетостероидов в моче и крови.

2. Причины заболевания

Причины	Диагностические методы
Опухоль гипофиза	Рентгенография черепа: изменения турецкого седла, остеопороз стенок, расширение, истончение дна, удлинение спинки
Опухоль надпочечника	Оксисупраренография
Лекарственный	Длительное лечение стероидными гормонами

✓ 3. Осложнения: атеросклероз, коронарная недостаточность, кардиосклероз, сердечная недостаточность, нарушения мозгового кровообращения, нефросклероз, переломы костей.

4. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходные симптомы	Различия
Сочетание гипертонической болезни, алиментарного ожирения, сахарного диабета и климакса	Ожирение, артериальная гипертония, нарушение углеводного обмена, аменорея	Отсутствие багрово-красного лица, характер ожирения, лабораторные изменения

5. Патогенез симптомов

Патогенетический фактор	Проявления
Повышенная продукция глюкокортикоидов	Антианаболическое действие, снижение синтеза белка и повышение его распада: остеопороз, стрии, атрофия мышц. Повышенное образование глюкозы (неоглюкогенез) из белков и жиров: сахарный диабет. Повышенное образование жиров (ожирение, гиперхолестеринемия, атеросклероз)
Повышенная продукция минералокортикоидов	Гипокалиемия, задержка натрия: артериальная гипертония, мышечная слабость
Повышенная продукция андрогенов	Изменения половой функции и вторичных половых признаков
Нарушение функции гипоталамуса	Характер ожирения, гипертония, полидипсия, тахикардия,

Направлени

Этиологическо

Подавление си
рокортизона, а
на

Лечение ожире

Лечение сахар
диабета

Лечение остеоп

Лечение полов
роиств

П

а) Артери
го желудочка,
ниями мозгов

б) Мышечн
ных групп, ос
грузки, интерм
ги, положитель

в) Почечны
адиурекрину),
может быть п
сорбции.

Плохая пер

2. Подтве

а) Гипокали
ристым натрие
альдактона. Ув
ЭКГ призна

б) Увеличен
таболический а

9-1984

Схема лечения

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Этиологическое	Рентгенотерапия гипоталамо-гипофизарной области	Легкие, начальные формы
Подавление синтеза гидрокортизона, альдостерона	Тотальное или субтотальное удаление надпочечников	При развитой клинической картине
Лечение ожирения	Амфенон Метапирон Альдактон	Особенно при злокачественной опухоли
Лечение сахарного диабета	Диета с ограничением жиров, углеводов. Тиреоидин	Симптоматическое лечение
Лечение остеопороза	По общим правилам	»
Лечение половых расстройств	Неробол, ретаболил, препараты кальция, витамин Д	»
		Аменоррея

ПЕРВИЧНЫЙ ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМ (СИНДРОМ КОННА)

Схема обоснования диагноза

1. Предположение

а) Артериальная гипертензия, головные боли, гипертрофия левого желудочка, ретинопатия разной степени, иногда кризы с нарушениями мозгового кровообращения, парестезии.

б) Мышечные признаки: слабость и гипотония почти всех мышечных групп, особенно утром, в покое, менее — после физической нагрузки, интермиттирующие параличи, иногда спазмофилия, судороги, положительные симптомы Хвостека и Труссо.

в) Почечные признаки: полидипсия, полиурия (устойчивые к адиурекрину), низкий удельный вес, перисдическая протеинурия, может быть пиелит, пиелонефрит. Снижение фильтрации и реабсорбции.

Плохая переносимость диуретиков (гипотиазида).

2. Подтверждение диагноза

а) Гипокалиемия (ниже 15 мг%), усиливается при нагрузке хлористым натрием, уменьшается после приема препаратов калия и альдактона. Увеличение отношения Na/K выше 32.

ЭКГ признаки гипокалиемии: удлинение QRST, смещение вниз ST, отрицательный T, увеличенная волна U.

б) Увеличение натрия в крови и уменьшение хлора, иногда метаболический алкалоз.

в) Увеличение мочевой экскреции альдостерона (норма 15 мг 24 часа) при нормальной элиминации 17-окси и 17-кетостероидов, ренин плазмы — норма.

г) Ретропневмоперитонеум: увеличение объема соответствующего надпочечника.

В неясных случаях:

✓а) тест с ограничением натрия: уменьшение клинических признаков болезни, увеличение калия крови и уменьшение калия в моче;

✓б) тест с нагрузкой хлористым натрием: усиливает проявления болезни и гипокалиемию;

✓в) тест с альдактоном 0,3×4 раза 3 дня: нормализация уровня калия крови.

3. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Общие симптомы	Различия
Вторичный гиперальдостеронизм	Увеличение мочевой экскреции альдостерона	Отеки, гиповолемия, обычно нормотония. Заболевания сердца, печени, почек
Злокачественная гипертония	Высокое АД, ретинопатия, нервно-мышечные нарушения, изогипостенурия при нефросклерозе	Калий крови не изменен, ренин плазмы повышен
Хронический пиелонефрит	Пиелонефрит может быть при синдроме Конна	Отсутствие гипокалиемии. Нагрузочные пробы. Пиелография
Несахарный диабет	Полидипсия, полиурия, изогипостенурия	Отсутствие гипертонии и гипокалиемии
Гиперпаратиреоз	Нервно-мышечные нарушения	То же. Снижение кальция и фосфора крови

Схема лечения

Направление лечения	Содержание	Показания
Медикаментозное	Спиролактоны (альдактон, верошпирон)	При подготовке к операции, отказе или противопоказаниях к операции
Оперативное	Удаление надпочечника	Всегда

ГИПОТИРЕОЗ (МИКСЕДЕМА)

Схема обоснования диагноза

1. Клинические данные:

✓а) признаки понижения возбудимости центральной и симпатической нервной системы: вялость, сонливость, заторможенность, замедленные движения, вялая мимика, снижение памяти и интереса к

окружающему, понижение сухожильных рефлексов, парестезии, боли в суставах, мышцах; низкий и глухой голос;

б) нарушения водного обмена и трофические расстройства: одутловатость лица, век, сужение глазных щелей, отеки на руках (лопатообразные кисти), голени, стопах, олигурия, сухость кожи, гиперкератоз, шелушение, истончение и ломкость ногтей, выпадение волос, облысение;

в) нарушение теплорегуляции: зябкость, синюшность кожи, субнормальная температура;

г) признаки ваготонии: брадикардия, артериальная гипотония, низкий вольтаж зубцов ЭКГ, удлинение PQ, запоры и метеоризм вследствие атонии кишечника;

д) нарушение жирового обмена: ожирение, гиперхолестеринемия;

е) снижение половой функции: олигоаменорея, климакс, редкость беременности.

2. Подтверждение диагноза:

а) снижение основного обмена до — 40—50 %;

б) снижение содержания йода общего и связанного с белком;

в) пониженное поглощение радиоактивного йода щитовидной железой, данные скеннирования;

г) гипогликемия или низкая, уплощенная сахарная кривая;

д) гипохромная анемия, лейкопения, лимфоцитоз.

3. Патогенетические формы гипотиреоза

Первичный	Вторичный
Врожденный. Послеоперационный. Воспалительный (тиреоидит, болезнь Хашимото). Гипотиреоидная форма зобной болезни. Лекарственный (передозировка радиоактивного йода, рентгенотерапии, метилтиоурацила, мерказолила)	Уменьшение продукции тиреотропного гормона. Поражение гипофиза (передней доли) и промежуточного мозга: опухоли, инфекции, травмы

4. Осложнения

Осложнения	Методы исследования
Дистрофия миокарда Атеросклероз	ЭКГ, ПКГ, рентген Холестерин, лецитин, липопротеиды, скорость распространения пульсовой волны, рентгенография аорты Клиника, ЭКГ
Коронарная недостаточность: стенокардия, инфаркт миокарда Сердечная недостаточность	Уменьшение ударного и минутного объема сердца, скорости кровотока

5. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходные симптомы	Различие
Хронический нефрит	Отечность, вялость, анемия	Изменения мочи, высокое АД, изменения глазного дна и др.
Нефротический синдром	Отеки, вялость, анемия, гиперхолестеринемия, снижение основного обмена	Изменения мочи, мягкие отеки, гипопроteinемия

6. Оформление диагноза

- основное заболевание (патогенетическая форма);
- степень тяжести: микседема (при наличии отеков), гипотиреоз;
- осложнения.

Схема лечения

✓ 1. Заместительная терапия: тиреоидин, начиная с малых доз $0,05 \times 1-2$ раза в день до $0,1-0,2 \times 3$ раза в день, не допуская симптомов передозировки (тахикардия, повышение нервно-психической возбудимости, потеря веса).

✓ 2. Лечение ожирения (см.), атеросклероза, коронарной и сердечной недостаточности.

ОЖИРЕНИЕ

Схема обоснования диагноза

✓ 1. Общие признаки: избыточное жиротложение (внешний вид, увеличение веса сверх максимальной нормы по формуле Брока и таблицам, утолщение кожной складки более 2 см).

2. Изменения по органам

Орган или система	Клинические проявл.	Дополнительные исследования
Кожа	Склонность к воспалительным процессам (себорея, фурункулез, пиодермия). Потливость. Отеки. Стрии, телеангиоэктазии	
Кости, суставы	Боли и хруст в суставах. Обменные артриты. Деформирующий спондилез, лордоз. Вторичные радикулиты, невриты	Рентгенография суставов, позвоночника. Консультация невропатолога

Орган или система	Клинические проявл.	Дополнительные исследования
Органы дыхания	Высокое стояние диафрагмы, уменьшение ЖЕЛ, одышка. Хронические воспалительные процессы (ларингит, бронхит, пневмонии, пневмосклероз). Легочная и легочно-сердечная недостаточность.	Рентгеновское исследование спирография, ЭКГ
Сердечно-сосудистая система	Синдром Пиквика Дистрофия миокарда (одышка, глухость тонов, признаки сердечной недостаточности). Атеросклероз, коронарная недостаточность. Сосудистые дистонии. Варикозные расширения вен, тромбофлебиты	ЭКГ, холестерин, лецитин, липиды, липопротеиды
Желудочно-кишечный тракт	Повышение аппетита. Карии зубов, пиоррея, гингивит. Висцероптоз, запоры, метеоризм, грыжи, геморрой	Желудочный сок (повышенная секреция и кислотность). Рентгеноскопия
Печень	Хронический холецистит, дискинезии. Желчно-каменная болезнь. Жировая дистрофия печени	Дуоденальное зондирование. Функциональные пробы печени
Почки	Умеренная альбуминурия, соли. Почечно-каменная болезнь. Пиелит, пиелонефрит	Анализ мочи. Урологическое обследование
Нервная система	Функциональные нарушения: головные боли, утомляемость, снижение памяти, сонливость, депрессия, раздражительность, Радикулиты, невриты	

У 3. Степень тяжести ожирения

I — увеличение веса на +10—29% к максимальной норме, отсутствие осложнений, сохранение трудоспособности.

II — увеличение веса на 30—49%, начальные признаки легочной и сердечной недостаточности, некоторое снижение трудоспособности.

III — увеличение веса на 50—99% и более, большое количество осложнений, потеря трудоспособности.

✓ 4. Определение патогенетической формы ожирения.

Форма	Особенности	Дополнительные исследования
Алиментарное (относительное или абсолютное переедание)	Равномерное отложение жира, чаще у мужчин старше 40 лет	
Эндокринное: гиперинсулинизм	Повышенный аппетит, признаки гипогликемии	Гипогликемия, повышение толерантности к углеводам
гипотиреоз	Вялость, гипотермия, вазотония	Снижение основного обмена. Уменьшение поглощения радиоактивного йода
синдром Иценко-Кушинга	Ожирение лица, туловища, стрии. Гипертония сахарный диабет, гирсутизм	Рентгенография черепа. Кортикостероиды крови и мочи
овариальная недостаточность	Менопауза, удаление яичников. Верхнее и «рейтузное» ожирение	
Нервное	Опухоли III желудочка, переломы и травмы черепа, энцефалиты, диэнцефальный синдром	Неврологическое обследование. Анамнез
Смешанное	Сочетание различных факторов	

✓ 5. Стадия ожирения.

а) прогрессирующая — нарастание веса, появление новых осложнений;

б) стационарная — постоянный вес.

6. Оформление диагноза:

а) патогенетическая форма;

б) степень тяжести заболевания;

в) стадия;

г) сопутствующие заболевания и осложнения.

Направле

Уменьшение
ния пищева

Увеличение
ских трат

Уменьшение

Стимуляция
процессов
Заместительна
ральная терап

Лечение осло
сопутствующих
ваний

Оснащение за
1. Таблицы:

ХРОНИЧ

✓ 1. Пигмен
тенком, дифф
разгибательн

✓ 2. Астения

✓ 3. Похудан

✓ 4. Артериа

✓ 5. Желудок
рвоты, понос

Схема лечения

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Уменьшение поступления пищевых веществ	Постепенное снижение калоража за счет углеводов и жиров (мясо, рыба, овощи, фрукты) вплоть до уровня основного обмена. Разгрузочные дни	Преимущественно алиментарные формы
Увеличение энергетических трат	ЛФК, терренкур, механотерапия, массаж, гидротерапия	При отсутствии противопоказаний в сочетании с диетой
Уменьшение аппетита	Анорексигены, производные амфетаминов (грацидин, мефолин) по 1 табл. утром и в 12 часов дня 15—30 дней	Преимущественно алиментарные формы, гиперинсулинизм
Стимуляция обменных процессов	Тиреоидин, с малых доз 0,05×2—1	При низком основном обмене
Заместительная гормональная терапия	Фолликулин, синестрол, прогестерон. Метилтестостерон, тестостеронпропионат	Дисменорея, климакс Снижение половой функции у мужчин
Лечение осложнений и сопутствующих заболеваний	Лечение атеросклероза, коронарной и сердечной недостаточности, санация инфекционных очагов и пр.	

Оснащение занятия:

1. Таблицы: «Классификация ожирения», «Схема регуляции жирового обмена».

ХРОНИЧЕСКАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НАДПОЧЕЧНИКОВ (АДДИСОНОВА БОЛЕЗНЬ)

Схема обоснования диагноза

1. Предположение

А. Вне криза

✓ 1. Пигментация кожи и слизистых: коричневая, с бронзовым оттенком, диффузная или на местах трения от одежды, на сгибах на разгибательной поверхности костей и стоп.

✓ 2. Астения, адинамия, утомляемость, депрессия.

✓ 3. Похудание, атрофия и гипотония мышц.

✓ 4. Артериальная гипотония, ортостатизм.

✓ 5. Желудочно-кишечные расстройства: анорексия, тошноты, рвоты, поносы.

- ✓ Б. Во время криза (инфекция, операция, психотравма)
- ✓ 1. Резчайшая слабость и адинамия, гипотермия.
- ✓ 2. Рвоты и понос с развитием дегидратации (сухость кожи, снижение тургора и эластичности)
- ✓ 3. Коллапс: падение АД, частый малый пульс, холодный липкий пот.
- ✓ 4. Нервные нарушения: возбуждение, затемнение сознания, прострация, судороги, повышение мышечного тонуса, отсутствие рефлексов, кома.

✓ 2. Подтверждение диагноза.

✓ Анализ крови: вторичная нормоцитарная анемия (во время криза — гемоконцентрация с повышением эритроцитов, гемоглобина, увеличением вязкости и гематокрита), нейтропения, увеличение эозинофилов и лимфоцитов.

✓ Электролиты плазмы: уменьшение натрия (менее 315 мг%), хлора (менее 450 мг%), увеличение калия (более 20 мг%).

✓ Сахар крови: гипогликемия натощак, уплощенная кривая при сахарной нагрузке.

✓ Основной обмен: снижен.

✓ Кислотно-щелочное равновесие: во время криза может быть ацидоз с кетоновыми телами в крови и моче.

Гормональные исследования: уменьшение 17-оксикортикостероидов (менее 3 мг), 17-кетостероидов (ниже 5 мг), альдостерона (ниже 5 мкг) в моче и крови.

Проба с введением 40 единиц АКТГ (в норме-увеличение указанных выше соединений в 2—5 раз, а также уменьшение числа эозинофилов более, чем на 50%).

Исследование мочи: альбуминурия, креатинурия (во время криза), увеличение фильтрации, снижение реабсорбции.

ЭКГ: удлинение PQ, уширение QRS, увеличение T (признаки гиперкалиемии).

3. Определение степени тяжести заболевания:

Степень тяжести	Проявления
Легкая	Удовлетворительное общее состояние и минимальные клинические признаки без заместительной терапии. Возможны ухудшения состояния и кризы в стрессовых ситуациях
Средней тяжести	Имеются клинические признаки (пигментация, адинамия, гипотония и др.), но больной может жить без заместительной терапии. Кризы
Тяжелая	Обязательная заместительная терапия. Перерыв в лечении 1—2 дня ведет к кризу

✓ 4. Э т
Па
надпо
недост

Первичная

Вторичная

Недоста
глюкокор

Адинамия
Похудание
Желудочно-
кишечные ра
Гипогликемия
Изменения к
Снижение
ния к инфек

5. Д и ф

Заболе

Гемохроматоз
ный цирроз,
диабет)

Тиреотоксикоз
форма)

Хронические
цин (свинец,
ребро, мышьяк
Расовая пигме
гар

6. О ф о р
а) основ
которого пр
б) патог
первичная (
в) степен

4. Этиология и патогенез заболевания

Патогенез надпочечниковой недостаточности	Этиология	Признаки
Первичная	Туберкулез	Проявления туберкулеза других органов, туберкулиновые пробы, температура, РОЭ
Вторичная	Идиопатическая атрофия коры, амилоидоз, опухоли Длительное лечение АКТГ и стероидными гормонами	Недостаточность глюкокортикоидов и минералостероидов Селективный дефицит кортизола: астения, желудочно-кишечные расстройства, гипогликемия без электролитных нарушений

Патогенез симптомов

Недостаточность глюкокортикоидов	Недостаточность альдостерона
Адинамия Похудание Желудочно-кишечные расстройства Гипогликемия Изменения крови Снижение сопротивления к инфекциям	Электролитные нарушения Дегидратация Коллапс

5. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходные симптомы	Различия
Гемохроматоз (пигментный цирроз, бронзовый диабет)	Слабость, поносы, кожная пигментация, боли в животе	Увеличение печени, сахарный диабет, нормальное АД, увеличение железа сыворотки крови Биопсия кожи
Тиреотоксикоз (тяжелая форма)	Пигментация, слабость, похудание, тахикардия, желудочно-кишечные расстройства	Признаки зоба и тиреотоксикоза. Увеличение основного обмена. Гипергликемия
Хронические интоксикации (свинец, висмут, серебро, мышьяк) Расовая пигментация, загар	Слабость, адинамия, похудание, гипотония Пигментация	Отсутствие пигментации. Лабораторные показатели Отсутствие прочих симптомов

6. Оформление диагноза:

- основное заболевание: туберкулез или заболевание, по поводу которого проводилась стероидная терапия;
- патогенетическая форма надпочечниковой недостаточности: первичная (болезнь Аддисона) или вторичная;
- степень тяжести.

Схема лечения

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Регуляция электролитного обмена	Диета, бедная калием с добавлением 5—10 г. соли и 0,5—1,0 аскорбиновой кислоты	Легкие формы
Заместительная гормональная терапия	Натуральные гормоны: кортизон 12,5—50 мг или гидрокортизон 10—30 мг в сутки в 2—3 приема. Преднизон 5—15 мг и ДОКСА 3—5 мг сублингвально, в/м. Препараты продленного действия: триметилацетат ДОКСА 1 мл 1 раз в 2—4 недели; имплантация таблеток кристаллического ДОКСА; фторгидрокортизон 0,05—0,2 мг 1 р. в день	Формы средней тяжести и тяжелые
Этиологическая терапия	Противотуберкулезные средства	Туберкулезная этиология

Лечение криза

Направление лечения	Препараты	Дозы
Заместительная терапия	Водорастворимые препараты кортизола, гемисукцинат или фосфат кортизола. Или: преднизолон, ДОКСА. Или: Кортизон-ацетат и кортин. Смесь физ. раствора и 5% глюкозы	10 мг × 4—6 раз в/в капельно 30—50 мг в/в 5—10 мг × 1—2 раза 100 мг в/м 10—20 мл в/в 2—3—4 л. в сутки, в/в
Лечение водoeлектролитных нарушений и гипогликемии	Аскорбиновая кислота При рвоте: хлористый натрий Переливание крови и кровозаменителей Гидрокортизон Норадреналин Мезатон	5%—50 мл в/в 10%—20 мл в/в
Лечение коллапса	Гидрокортизон Норадреналин Мезатон	
Профилактика инфекций	Антибиотики	Обычные дозы

Оснащение занятия:

1. Набор медикаментов.

ИНФ

а) О
ли (арт
формац
б) О
ператур
в) Хр
г) Ос
ут
ст
или асп
ят
вкл
рен
щей, суст
под
ными мор
соедините
выс
ная реакц
линов, пл
пробы.

2. Кл
пораже

Ста

Эксудативная

Пролифератив
эксудативно-п
ративная

Фиброзно-скле
ческая

ИНФЕКЦИОННЫЙ (НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ) ПОЛИАРТРИТ

Схема обоснования диагноза

I. Общий диагноз

а) Обычные признаки воспалительного поражения суставов: боли (артралгия), припухлость, покраснение кожных покровов, деформация, нарушение функции.

б) Общие признаки воспалительного процесса: повышение температуры, лейкоцитоз или лейкопения, ускорение РОЭ.

в) Хроническое течение заболевания.

г) Особенности (диагностические критерии инфектартрита):

утренняя скованность;

стойкая опухоль в суставах, не поддающаяся пирамидону или аспирину;

атрофия кожи и мышц;

включение в процесс за 3—6 месяцев еще 1—2 суставов;

рентгенологические изменения (остеопороз, поражения хрящей, суставных отделов кости, анкилоз);

подкожные узелки в области костных выступов с характерными морфологическими изменениями (фибриноидные изменения соединительной ткани);

высокая и устойчивая РОЭ, С-реактивный белок, положительная реакция Ваалер-Роуз, диспротеинемия с увеличением глобулинов, плазмоцитоз костного мозга, дифениламиновая и сиаловая пробы.

2. Клинико-анатомические варианты (стадии) поражения суставов

Стадии	Клинические проявления	Рентгенологическое исследование
Эксудативная	Острое течение, воспалительное опухание суставов с обратным развитием	Расширение межсуставных щелей
Пролиферативная или эксудативно-пролиферативная	Сочетание признаков воспаления со стойкими изменениями суставов и околосуставных тканей, деформации; атрофия кожи и мышц. Нарушение функции	Остеопороз, сужение межсуставных щелей, узуры, шипы, анкилозы, подвывихи
Фиброзно-склеротическая	Хроническое течение без эксудативных проявлений, множественные контрактуры, фиброзные и костные анкилозы, деформации	То же

Продолжение

Стадии	Клинические проявления	Дополнительные исследования
В том числе: Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева-Штрюмпель-Мари)	Поражение суставов позвоночника и крупных суставов конечностей, окостенение хрящей	«Бамбуковый» позвоночник

3. Клинические формы инфекционного неспецифического полиартрита

Формы	Проявления
Суставная Суставно-висцеральная	Только поражение суставов Амилоидоз почек, нефротический синдром. Неспецифические сосудистые пневмонии, плеврит. Васкулиты, миокардиострофия, фиброзный перикардит, ревматоидный порок сердца. Стоматит, язвенный процесс желудка и кишечника. Мезенхимальный гепатит, спленомегалия. Анемия, увеличение лимфоузлов. Блефарит, конъюнктивит, эписклерит, иридоциклит. Нарушение функции щитовидной и паращитовидной желез, надпочечниковая недостаточность, дисменорея.

Варианты:

Синдром Стилла-Шоффара (у детей) Синдром Фелти	Полиартрит, лимфаденопатия, спленомегалия
Синдром Рейтера Синдром Сьегрена	Артрит, лимфаденопатия, лейкопения, спленомегалия, бурая пигментация кожи. Артрит, конъюнктивит, анафилактоидная пурпура Полиартрит, кератоконъюнктивит, ксерофтальмия

4. Оценка активности процесса

Активность	Проявления
Минимальная	Низкий субфебрилитет, ревматоидные узелки, пролиферативные изменения в суставах. РОЭ до 20—30 мм, увеличение гамма-глобулинов до 21—23%
Умеренная	Субфебрильная температура. Опухание суставов и периартикулярных тканей. Лейкоцитоз 8—10000. РОЭ до 30—50 мм. Диспротеинемия, увеличение фибриногена, положительные пробы Ваалер-Роуза, дифениламинная, С-реактивный белок
Высокая	Острое течение с эксудативными проявлениями. Высокая лихорадка. РОЭ до 40—70 мм, С-реактивный белок резко положительный

5. Оценка активности

Стадии

ФН

ФН

ФН

ФН

6. Оценка

а) форма

б) стадия

тическая);

в) фаза

г) висцер

д) степень

7. Дифференциальная

Заболевания

Ревматический полиартрит

Деформирующий остеоартроз

Специфические артриты (бруцеллез, дизентерия, туберкулез и др.)

5. Оценка степени функциональной недостаточности суставов

Степень	Появления
ФН ₀	Отсутствие нарушений функции суставов
ФН _I	Некоторое снижение профессиональной трудоспособности
ФН _{II}	Потеря трудоспособности при сохранении возможности к самообслуживанию
ФН _{III}	Потеря способности к самообслуживанию

6. Оформление диагноза:

- форма (суставная, суставно-висцеральная, варианты);
- стадия (экссудативная, пролиферативная, фиброзно-склеротическая);
- фаза (обострение, ремиссии, степень активности);
- висцеральные поражения;
- степень функциональной недостаточности.

7. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходные признаки	Различия
Ревматический полиартрит	При экссудативной стадии, остром и подостром течении	Отсутствие скованности, нестойкость изменений, нет деформаций и анкилозов, быстрый эффект салицилатов и пирамидона, поражение сердца, высокие титры антител, отрицательная реакция Ваалер-Роуз
Деформирующий остеоартроз	Деформации суставов, боли и нарушение функции.	Нерезкие боли и малое нарушение функции, нет скованности, малые изменения мышц и кожи. Отсутствие изменений крови, нормальная температура
Специфические артриты (бруцеллез, дизентерия, туберкулез и др.)	Хроническое течение, опухание суставов, воспалительная реакция	Связь с соответствующей инфекцией, анамнез, реакции Райта, Бюрне, Хеддльсона. Туберкулиновые пробы

Схема лечения

Направление лечения	Содержания лечения	Показания
Санация очагов инфекции	Местное лечение (тонзиллэктомия, экстракция кариозных зубов, пункция придаточных пазух и пр.). Антибиотики 10—15 дней	Очаговая инфекция и течение гормонами
Противовоспалительное лечение	Аспирин, пирамидон, аналгин, бутадон, реопирин, индоцид	Подострое и хроническое течение, экссудативно-пролиферативные изменения
Стероидные гормоны	Преднизолон, преднизон, дексаметазон, триамсинолон + ограничение жидкости и соли, хлористый калий, анаболические стероиды	Экссудативная стадия с сильными болями, тяжелое прогрессирующее течение, неэффективность других методов
Синтетические противомаларийные препараты	Делагил, резохин, хлорохин по 0,25 1 раз вечером	Подострое и хроническое течение, после лечения стероидными гормонами
Иммунодепрессанты	Хлорэтиламины: лейкеран 5 мг × 2—3, циклофосфан (эндоксан) 50—150 мг Пуриновые антиметаболиты: 6-меркаптопурин 50 мг × 2—3, имуран (азатиоприн)	Тяжелые формы ревматоидного артрита, требующие высоких доз стероидных гормонов или при их противопоказании. Поражение почек
Физиотерапия	УФО (эритемные дозы) Рентгенотерапия Парафиновые аппликации 53—60° Грязевые аппликации 40—45°, 20—40 мин. Сероводородные ванны, 100—150 мг на 1 л., 36—37°, 8—12 мин Радоновые ванны 100—200 ед. Маха	Экссудативная стадия, острое течение Подострое течение с экссудативными изменениями Пролиферативная стадия, мышечные и фиброзные контрактуры Подострое течение, пролиферативная стадия, вялое течение Легкое течение с болями, без выраженного воспаления
ЛФК и массаж	ЛФК пассивная и активная Массаж	При уменьшении болей и эксудации То же
Дополнительное лечение по показаниям	Препараты железа, витамин В ₁₂ . Неробол, ретаболил	Анемия Похудание, трофические нарушения

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Классификация инфекционного неспецифического полиартрита».
2. Набор иммунодепрессантных препаратов.
3. Рентгенограммы.

ДИССЕМИНИРОВАННАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

Схема обоснования диагноза

1. Выделить основные синдромы заболевания:

Синдром	Проявления
Кожно-локомоторный	Эритематозные сыпи с шелушением и пигментацией, «бабочка» на лице, поражение ушных раковин, концевых фаланг пальцев с поверхностными некрозами, эрозии слизистых, выпадение волос, атрофия кожи и мышц. Узловая эритема, крапивница. Артралгии, полиартрит, типа ревматического или ревматоидного
Сердечно-сосудистый	Артериит по типу узелкового периартериита, облитерирующий тромбангиит, мигрирующий тромбофлебит. Миокардит (расширение сердца, глухие тоны, изменения ЭКГ). Эндокардит с образованием порока сердца (митрального, трикуспидального). Перикардит сухой или выпотной
Почечный	Острый, подострый и хронический гломерулонефрит, обычно без гипертонии и отеков. Амилоидоз почек, нефротический синдром
Легочный	Интерстициальная пневмония с кровохарканием, междолевой плеврит, «сосудистые» каверны, пневмосклероз
Желудочно-кишечный	Стоматит, эзофагит. Гастрит и энтероколит (тошноты, рвоты, боли, поносы, запоры, кровотечения). Перитонит. Увеличение печени и селезенки
Поражение нервной системы	Эпилептические припадки, психозы, кровоизлияния в мозг с параличами, менингиты, миелиты, энцефалиты. Упорные головные боли, изменения сухожильных рефлексов
Эндокринный	Гипофункция щитовидной железы, надпочечников, гипофиза, половых желез
Гематологический	Гипохромная гипо- и арегенераторная анемия. Лейкопения со сдвигом влево, лимфо- и эозинопения. Тромбопения с симптомокомплексом болезни Верльгофа (геморрагический диатез). Гемолитическая анемия. Гиперпротениемия, увеличение гамма-глобулинов, ускорение РОЭ, положительные осадочные пробы
Общие нарушения	Упорная лихорадка, похудание, анемизация, трофические нарушения

❖ Полноорганный системный характер заболевания с характерными кожными изменениями, с прогрессирующим течением, с признаками воспаления и аллергии, особенно у женщины молодого возраста весьма характерны для диссеминированной красной волчанки. Анамнестические данные: повышенная чувствительность к солнечным лучам, медикаментам.

✓ 2. Подтверждение диагноза

✓ Анализ крови: волчаночные клетки Харгрейвса, антикардиальные и антинуклеарные антитела. Пункция костного мозга: плазмоклеточная пролиферация.

✓ 3. Оформление диагноза:

- ✓ а) течение (острое, подострое, хроническое, рецидивирующее);
- ✓ б) фаза (обострения, ремиссии);
- ✓ в) органные поражения.

✓ 4. Дифференциальный диагноз с заболеваниями, имеющими сходные клинические синдромы.

Отличия от других больших коллагенозов.

Заболевания	Отличия
Дерматомиозит	Тяжелое поражение мышц с утратой их тонуса и атрофией, коричнево-бурый периорбитальный отек. Реже — поражение почек и анемия. Отсутствие клеток Харгрейвса
Склеродермия	Пергаментное уплотнение кожи лица с маскообразностью, акросклероз, рассасывание ногтевых фаланг; диффузный пневмосклероз и кистозные легкие, дисфагия (ригидный пищевод). Редко — поражение почек
Узелковый периартериит	Чаше у мужчин молодого возраста. Артериальная гипертония. Полиневриты. Подкожные узелки. Лейкоцитоз, эозинофилия

Схема лечения

Направление лечения	Содержание лечения	Показания
Стероидные гормоны	Преднизолон Дексаметазон Триамсинолон	Острый период с переходом на поддерживающие дозы
Иммуно-депрессанты	См. «Инфекционный неспецифический полиартерит»	Неэффективность стероидной терапии или необходимость высоких доз.
Другие десенсибилизирующие средства	Аспирин, бутадилон, реопирин, пирамидон. Димедрол, новокаин, препараты кальция, витамин С, рутин, делагил	Органное поражение. Прогрессирующее течение. По мере стихания остроты процесса
Противоинфекционная терапия	Санация очагов инфекции	Только при бесспорном наличии инфекции
Общеукрепляющее лечение	Антибиотики Переливание крови, анаболические стероиды, витамины	По показаниям

Оснащение занятия:

1. Таблица: «Основные синдромы коллагеновых заболеваний».
2. Препараты волчаночных клеток.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ВАСКУЛИТ (БОЛЕЗНЬ ШЕНЛЕЙН-ГЕНОХА)

Схема обоснования диагноза

I. Общий диагноз

У а) Признаки геморрагического диатеза: геморрагическая сыпь на коже (петехии, папулы, эритема с симметричным расположением, сливная, чаще на разгибательных поверхностях рук и ног, ягодице), кровотечения желудочно-кишечные, маточные, почечные, кожный зуд.

У б) Признаки воспалительного процесса и аллергии: лихорадка, артралгии и полиартрит, крапивница, отек Квинке, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение РОЭ, эозинофилия.

Иммуно-биохимические исследования: диспротеинемия, увеличение гамма-глобулинов, С-реактивный белок, дифениламиновая и сиаловая пробы, противострептококковые антитела

в) Исключение других геморрагических диатезов: нормальные показатели тромбоцитов, свертываемости крови, длительности кровотечениями, фибриногена и др., отрицательные симптомы жгута, щипка.

У 2. Клинические формы геморрагического васкулита

Форма	Клинические признаки	Дополнительные исследования
Кожная	Только поражение кожи	
Кожно-суставная	Поражение кожи и артрит типа ревматического с периартикулярным отеком	
Поражение других органов	Затяжные пневмонии с кровохарканием, геморрагический плеврит Сердечно-сосудистая система: стенокардия (коронарит), миокардит, геморрагический перикардит, артериальная гипертония ЦНС: эпилептиформные припадки, признаки менингита, параличи. Печень: увеличение, болезненность, желтуха (гепатит)	Рентгеновское исследование. Ан. мокроты. Плевральная пункция ЭКГ. Рентгеновское исследование Функциональные пробы печени Консультации невропатолога

3. Оценка течения заболевания

Течение	Особенности
Молниеносное	Сливные высыпания, некрозы, язвы (феномен Артюса)
Острое	Острое начало, лихорадка, изменения гемограммы
Хроническое	Хроническое рецидивирующее течение с повторными обострениями (фаза ремиссии и обострения)

4. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходные признаки	Различия
Другие геморрагические диатезы	Кровотечения кожные и из внутренних органов, гематурия и пр.	Отсутствие изменений показателей свертываемости крови. Признаки воспаления и аллергии
Узелковый периартериит	Признаки геморрагического нефрита, абдоминальная колика. Гипертония, лейкоцитоз, РОЭ	Отсутствие кожных геморрагий и артрита. Эозинофилия.
Гломерулонефрит геморрагический	Гематурия, артериальная гипертония	Полиневрит, подкожные узелки Отсутствие других геморрагических проявлений и артрита

Схема лечения

Направления лечения	Препараты /	Дозы
Десенсибилизирующие средства	Преднизолон Димедрол Хлористый кальций	25—30 мг в день 0,02×3 раза 10%—10,0 в/в
Противовоспалительные	Аспирин, амидопирин, бутадион	В обычных дозах
Уплотнение сосудов	Аскорбиновая кислота Рутин	0,1—0,2×3 0,02×3

ЛЕКАРСТВЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ

Схема обоснования диагноза

VI. Клинические проявления лекарственной аллергии

V Местная реакция: уплотнение, отечность и гиперемия в месте инъекции; феномен Артюса с гиперэргическим воспалением геморрагического характера с некрозом ткани и лимфаденитом.

Общие нарушения: слабость, головные боли, головокружения, лихорадка различного типа и продолжительности, озноб, боли в грудной клетке, животе, пояснице.

Кожа и слизистые: кожный зуд, крапивница, эритемы, макулезная, папулезная, папуло-везикулезная, петехиальная, геморрагическая, буллезная сыпь, по типу экземы; ангионевротический отек Квинке; эрозивно-язвенный стоматит.

Суставы: полиартрит типа ревматического, артралгии.

Органы дыхания: вазомоторный ринит, острый отек языка и гортани разной степени; астматический синдром, эозинофильные инфильтраты легких, эозинофильные пневмонии, плеврит.

Сердечно-сосудистая система: гипотония, тахикардия, нарушения ритма (аллергический миокардит), анафилактический шок, острое легочное сердце, аллергический отек легких, коронарит, геморрагический васкулит, тромбофлебит.

Почки: геморрагический гломерулонефрит, нефротический синдром, некронефроз с острой почечной недостаточностью (при гемоглобинурии).

Желудочно-кишечный тракт: тошноты, рвоты, стоматит, язвенно-некротический гастрит, геморрагический колит, абдоминальные кризы, перитонит.

Печень: аллергический или токсико-аллергический гепатит (увеличение, болезненность, гиперферментемия). Нервная система: приступообразные головные боли, головокружения, синдром Менье-ра, менинго-энцефалит, полиневриты, поражения органов слуха и зрения.

Гематологические изменения: лейкопения или лейкоцитоз, нейтро- и тромбопения, эозинофилия; агранулоцитоз; синдром Верльгофа, апластическая анемия, панмиелофтиз, острая гемолитическая анемия.

2. Доказательства аллергического происхождения симптомов:

а) характерные клинические проявления: крапивница, кожный зуд, отек Квинке, астматический синдром;

б) изменения крови: лейко- и нейтропения, эозинофилия, тромбопения; эозинофилия мокроты; лейко- и тромбопенический тесты;

в) эффект лечения кортикостероидами и антигистаминными препаратами;

г) антитела в сыворотке крови: гемагглютинины, лизины, преципитины, реакция отклонения комплемента.

3. Связь аллергии с медикаментом.

а) анамнез: хронологическая связь между приемом медикамента и с появлением аллергии;

б) эффект отмены соответствующего медикамента, циклическое течение;

в) тест Шелли: дегрануляция базофилов кролика в присутствии медикамента и сыворотки больного;

г) лимфобластная трансформация лимфоцитов больного в присутствии подозреваемого медикамента;

д) кожные и ингаляционные провокационные тесты.

4. Определение степени тяжести медикаментозных аллергических реакций (наиболее распространенных)

Легкие	Средней тяжести	Тяжелые
Местная реакция. Крапивница и прочие сыпи. Отек Квинке. Вазомоторный ринит	Астматический синдром. Эозинофильный инфильтрат легких. Аллергический гастрит, колит и др.	Анафилактический шок. Острая сердечная и дыхательная недостаточность. Отек гортани

5. Характеристика типа аллергических реакций

а) Аллергия немедленного типа, связанная со свободными циркулирующими антителами:

Вид реакции	Антитела	Проявления
Анафилактическая или атопическая	Антитела типа реагинов, иммуноглобулины А или Е	Анафилактический шок, крапивница, отек Квинке, ринит, бронхиальная астма
Цитотоксическая или цитолитическая	Повреждающие агрессивные антитела, иммуноглобулины Д или М	Гемолитическая анемия, агранулоцитоз, синдром Верльгофа
Токсические реакции типа Артюса	Комплекс антиген-антитело и комплемент.	Местная реакция, сывороточная болезнь, артерииты, гломерулонефриты

✓ Сывороточная болезнь — через 7—14 дней после введения сыворотки или вакцины, затяжное течение. Поражения кожи: зуд, крапивница, эритемы, отеки. Общие расстройства: температура, головные боли, тошноты, рвоты. Артриты, полиневриты, артерииты с поражением почек, сердца, желудочно-кишечного тракта.

✓ б) Аллергия замедленного типа, связанная с фиксированными клеточными антителами.

✓ Признаки: замедленное развитие (через 2, чаще через 7—11 дней), фиксированные кожные высыпания, поражения внутренних органов, маловыраженная воспалительная реакция, длительное хроническое течение.

✓ Аллергия смешанного типа (пример — сывороточная болезнь)

6. Течение и исходы медикаментозной аллергии

а) острое течение, выздоровление;

б) хроническое течение с вариантами: моноорганный патология (бронхиальная астма, хронический нефрит, миокардит);

в) трансформация в системное заболевание типа большого коллагеноза (диссеминированная красная волчанка, узелково-периаартериит, дерматомиозит); гиперплазия ретикулярных и плазматических клеток с переходом в ретикулез, например, лимфогрануломатоз.

7. Дифференциальный диагноз

Заболевание	Сходные признаки	Отличия
Врожденная энзимдефицитная гемолитическая анемия	Острый гемолиз после приема медикамента, коллапс, острая почечная недостаточность	Наследственность. Национальность. Отсутствие других аллергических проявлений. Нейтрофильный лейкоцитоз. Дефицит дегидрогеназы глюкоза-6 фосфата
Токсические действия лекарств	Различные, соответственно типу лекарства	Все симптомы соответствуют прямому или непрямоу фармакодинамическому действию медикамента
Инфекционные заболевания и инфекционная аллергия	Проявления аллергии, лихорадка, поражения кожи и внутренних органов	Анамнез (последовательность появления симптомов), клинические и лабораторные признаки соответствующих заболеваний. Эффект отмены медикаментов

Схема лечения лекарственной аллергии

А. Острая аллергия

VI. Общие мероприятия:

а) отмена медикамента;

б) наложение жгута на конечность, обкалывание места инъекции раствором адреналина, новокаина, пенициллиназы (при инъекции пеницилина и других антибиотиков), промывание желудка и кишечника при пероральном поступлении лекарственных веществ

✓ 2. Медикаментозная терапия

Легкая:	Средней тяжести	Тяжелая
Димедрол 1% 2—3 мл	Адреналин 0,1%—1,0%	То же
Супрастин 2% 1—2 мл	Мезатон 1% 0,5—1,0 мл. Норадреналин 0,2% — 1—2 мл	То же
Пипольфен 2,5% 1—2 мл	Эуфиллин 2,4% 10—20 мл (астматический синдром)	Гидрокортизон (предни- золон) 100 мг в/в капель- но на растворе глюкозы, полиглюкина. Оксигенотерапия
Глюконат кальция Хлористый кальций Аскорбиновая кислота 2—4 мл		

✓ 3. Схема лечения анафилактического шока:

- ✓ а) горизонтальное положение, грелки;
- ✓ б) немедленно-адреналин п/к, в/м, повторно-внутривенно;
- ✓ в) гидрокортизон 100—200 мг на 250 мл 5% глюкозы или полиглюкина, норадреналин или мезатон;

- ✓ г) антигистаминные препараты;
- ✓ д) оксигенотерапия, при необходимости — интубация и аппаратное искусственное дыхание.

✓ 4. Дополнительные мероприятия при остром отеке гортани с асфиксией: трахеотомия, аспирация содержимого верхних дыхательных путей, аппаратное искусственное дыхание.

✓ 5. То же при гемолитическом кризе: обменное переливание крови, гемодиализ.

✓ 6. Затяжные формы:

- ✓ а) легкие: димедрол, супрастин, препараты кальция, новокаин;
- ✓ б) средние и тяжелые: стероидные гормоны, иммунодепрессанты по принципу лечения коллагенозов; лечение отдельных синдромов по общим принципам.

Оснащение занятия:

1. Таблицы: «Классификация аллергических реакций», «Патофизиология аллергии».

Мясников
Руководство
Хегглин Р.
Шелагуро
1960.
Юренев П.
Вотчал Б. Е.

Ионаш В. К.
Ратнер Н. А.
Виноградо
М., 1970.
Виноградо
Ганелина
Мясников
Волынский

Гарбиньск
Молчанов
Злыдников
Дубилей В.
болеваний органов

Ярошевски
Виктор З. К.
Маждраков
Елисеев О.
Ота Шик. Не

Нестеров А.
М., 1966.
Астапенко
Адо А. Д. Общ
Тареев Е. М.

Болезни
Бондарь З. А.
Шелагуров
Глоуцил Л. З.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Общие руководства

- Мясников А. Л. Внутренние болезни. М., 1967.
Руководство по внутренним болезням. М., 1962—67, т.т. I—X.
Хегглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней. М., 1967.
Шелагуров А. А. Методы исследования в клинике внутренних болезней. М., 1960.
Юрнев П. П. Пособие по курсу внутренних болезней. М., 1970.
Вотчал Б. Е. Клиническая фармакология. М., 1967.

Болезни органов кровообращения

- Ионаш В. Клиническая кардиология. Прага, 1968.
Ратнер Н. А. Болезни почек и гипертония. М., 1965.
Виноградов А. В. Мочегонные средства в клинике внутренних болезней. М., 1970.
Виноградов А. В. и др. Инфаркт миокарда. М., 1971.
Ганелина И. Е. и др. Острый период инфаркта миокарда. Л., 1970.
Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. М., 1965.
Волынский З. М., Гогин Е. Е. Заболевания перикарда. 1965.

Болезни органов дыхания

- Гарбиньски Т. Болезни системы дыхания. Варшава, 1967.
Молчанов Н. С. Острые пневмонии. Л., 1971.
Злыдников Д. М. Хронические пневмонии. Л., 1969.
Дубилей В. В. Комплексная терапия и профилактика воспалительных заболеваний органов дыхания. М., 1968.

Болезни почек

- Ярошевский А. Я. Клиническая нефрология. Л., 1971.
Виктор З. Клиническая нефрология. М., 1968.
Маждраков Г., Попов Н., Болезни почек. София, 1969.
Елисеев О. М. Отеки в клинике внутренних заболеваний. М., 1970.
Ота Шик. Нефрология практического врача, 1967.

Коллагеновые заболевания. Болезни суставов

- Нестеров А. И., Сигидин Я. Д. Клиника коллагеновых заболеваний. М., 1966.
Астапенко М. Г., Пихлак Э. Г. Болезни суставов. М., 1966.
Адо А. Д. Общая аллергология. М., 1970.
Тареев Е. М. Коллагенозы. М., 1966.

Болезни поджелудочной железы, печени, желчных путей

- Бондарь З. А. Клиническая гепатология. М., 1970.
Шелагуров А. А. Болезни поджелудочной железы.
Глоуцил Л. Заболевания желчного пузыря и желчных путей. Прага, 1967.

Болезни желудка и кишечника

Василенко В. Х. Современные методы исследования в гастроэнтерологии. М., 1971.

Рысс С. М. Болезни органов пищеварения. М., 1966.

Рысс С. М. Рысс Е. С. Язвенная болезнь. Л., 1968.

Фролькис А. Ф. Хронический энтероколит. 1970.

Болезни эндокринной системы

Уильямс Р. Диабет. М., 1964.

Милку Ш. Терапия эндокринных заболеваний, Бухарест, 1962, т. 1—2.

Аносова Л. Н. и др. Краткая эндокринология. М., 1971.

П/р Дразнина Н. М. и Мережинского М. Ф. Основы эндокринологии. Минск, 1967.

Болезни системы крови

Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клиническая гематология. М., 1970.

Даштаянц Г. А. Клиническая гематология. Киев, 1968.

Функциональные методы исследования

Холльдак К., Вольф Д. Атлас и руководство по фонокардиографии. М., 1964.

Дехтярь Д. Я. Электрокардиографическая диагностика. М., 1965.

Карпман В. Л. Фазовый анализ сердечной деятельности. М., 1965.

Маколкин В. И., Маслюк В. И., Электрокардиография, векторкардиография, фонокардиография. М., 1970.

Навратил И. и др. Патофизиология дыхания. Прага, 1967.

Неотложная терапия

Моисеев С. Г. Острые внутренние заболевания. М., 1971.

Вейль М. Г., Шубин Г. Диагностика и лечение шока. М., 1971.

Асканас З. З. Реанимация в кардиологии. Варшава, 1970.

СОДЕРЖАНИЕ

Болезни органов дыхания

Бронхиальная астма	5
Легочно-сердечная недостаточность	9
Абсцесс легких	13
Рак легкого	16

Болезни органов кровообращения

Митральный порок сердца. Ревматизм	19
Аортальные пороки сердца. Подострый септический эндокардит	23
Гипертоническая болезнь	28
Грудная жаба	32
Инфаркт миокарда	40
Атеросклеротический кардиосклероз	37
Миокардиты	43
Перикардиты	47
Врожденные пороки сердца	51
Хроническая сердечная недостаточность	55
Функциональные заболевания сердечно-сосудистой системы	60

Болезни органов пищеварения

Хронические гастриты	65
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	68
Рак желудка	71
Хронические заболевания кишечника	74
Неспецифический язвенный колит	78
Панкреатит	84
Хронический холецистит	88

Болезни почек

Хронический нефрит	91
Амилоидоз почек	95
Хронический пиелонефрит	96

Болезни крови

Постгеморрагические анемии	99
Анемия Аддисон-Бирмера	101
Гемолитические анемии	103
Агранулоцитоз	106
Гипо-апластические анемии	109
Острый лейкоз	111
Хронические лейкозы	113
Болезнь Верльгофа	117
Эритремия (болезнь Вакеза)	119
Миеломная болезнь	121

Болезни эндокринной системы

Феохромоцитома	125
Синдром Иценко-Кушинга	127
Первичный гиперальдостеронизм	129
Ожирение	132
Хроническая недостаточность надпочечников (Аддисонова болезнь)	135

Коллагенозы. Аллергия.

Инфекционный неспецифический полиартрит	139
Диссеминированная красная волчанка	143
Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейн-Геноха)	145
Лекарственная аллергия	146
Рекомендуемая литература	151

Л-49686 от 26/VII-73 г. Зак. 1984 Тир. 1000 Тип. ВДНХ СССР

Целост р.б.